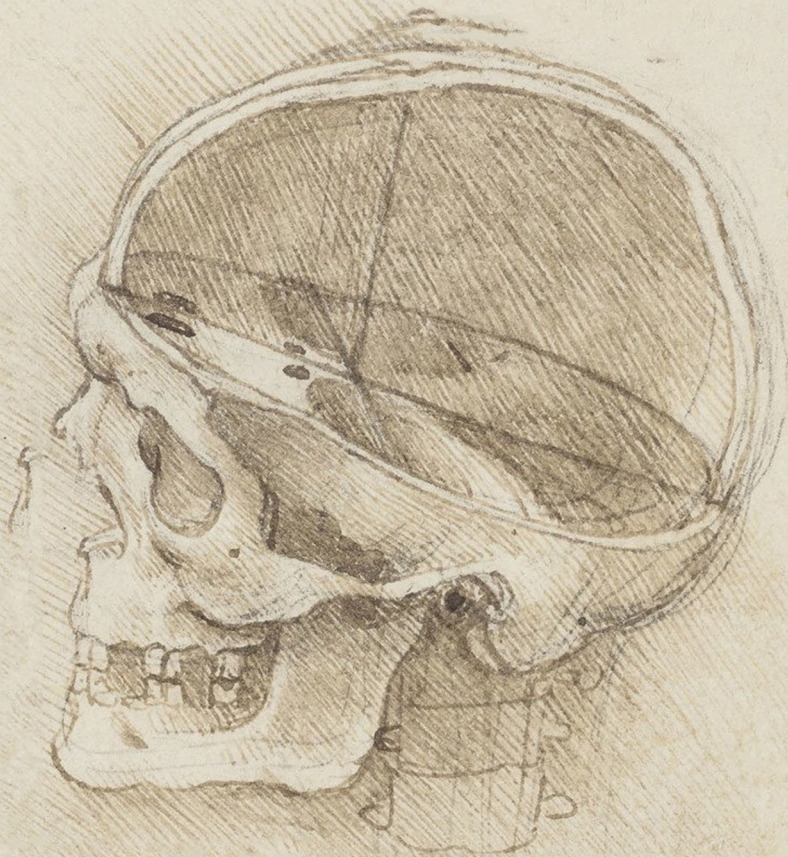
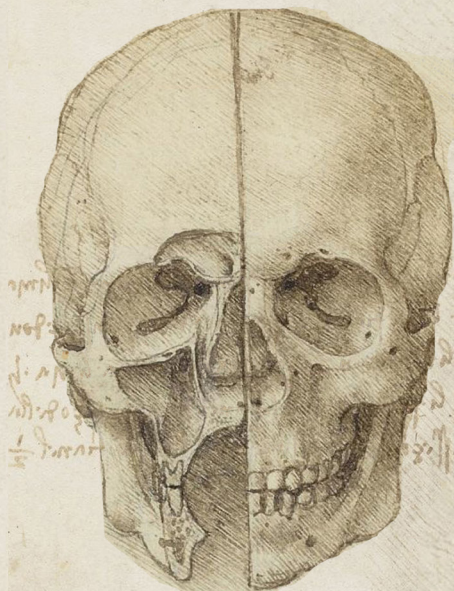


DR MAKSYMILIAN A. BRZEZICKI

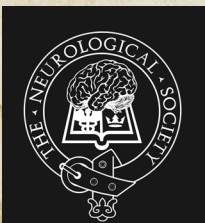
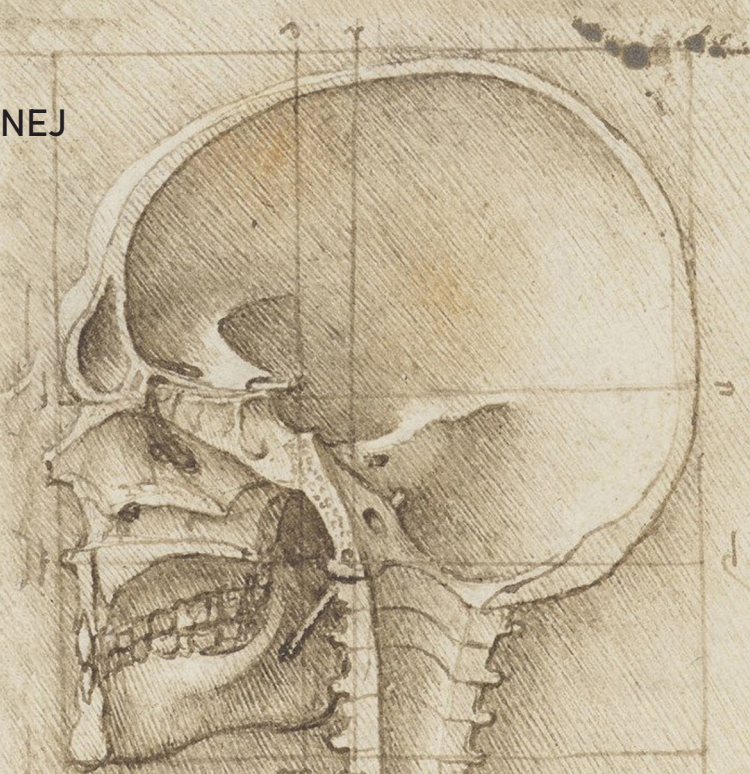
MACIEJ OSTROWSKI • MATTHEW CARR • NICHOLAS BRIDGER



# Choroby Mózgu

Modłać się o śmierć

PODRĘCZNIK PSYCHIATRII KLINICZNEJ









Choroby Mózgu

*Modląc się o śmierć*

*Czarkowi*

For helping me make it through the night

For helping me make it out alive

@czarekisl

*MAB*

*Rodzinie i najbliższym*

Jeżeli ocalicie życie chociaż jednej osobie znaczy to, że warto było

poświęcić czas na napisanie tej książki

*MO*

Mówią, że system jest zbyt wielki, żeby się zmienić

Ale wiecie co? To my jesteśmy systemem, więc to my musimy się zmienić

– **Dr Max Goodwin**, *New Amsterdam*



Rozpowszechnianie publikacji w celach pozaedukacyjnych i/lub komercyjnych, jest zabronione.

Autorzy publikacji przedsięwzięli wszelkich starań, aby dane w niej zawarte były rzetelne, aktualne oraz zgodne z najnowszą wiedzą na chwilę wydania. Autorzy nie mogą przyjąć odpowiedzialności za uszczerbek na zdrowiu i życiu czy jakiegokolwiek straty cywilne czy kryminalne, które wynikną z ewentualnych błędów w tej książce.



# CHOROBY MÓZGU

## Modląc się o śmierć

PODRĘCZNIK PSYCHIATRII KLINICZNEJ

Wydanie I

**Dr Maksymilian A. Brzezicki**  
BMedSci (1st Hons) FNS MBChB  
Akademicki Lekarz Neurochirurg  
Europejski Referent Chorób Rzadkich  
Nuffield Department of Clinical Neurosciences  
University of Oxford, UK  
@maxbrzezicki



*Szczegóły opisywanych historii, imiona ich bohaterów zostały zmienione z uwagi na ochronę danych osobowych. Sytuacje opisane we wstępach dla potrzeb medyczno-prawnych są za fikcyjne. Zbieżność nazwisk, sytuacji czy zjawisk z osobami prawdziwymi pozostaje niezamierzona. Celem zapewnienia anonimowości pacjentom charakterystyki bohaterów podręcznika często stanowią zbiór uprzednio spotkanych lub publikowanych przypadków.*



# Redaktorzy rozdziałowi i konsultacyjni

---

## GŁÓWNY WSPÓŁAUTOR

### **Ilek. Maciej Ostrowski**

Rezydent chirurgii ogólnej

Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu, Polska

@master.ostrowski

## RECENZJA

### **Dr Matthew Carr**

MSc MB ChB

Lekarz psychiatra

psychiatria terapeutyczna i stosowana

Uniwersytet w Bristolu, Wielka Brytania

@matt.carr.50702

### **Dr Nicholas Bridger**

MA MB ChB

Lekarz medycyny rodzinnej

Uniwersytet w Bristolu, Wielka Brytania

**Autorzy wyrażają dozgonną wdzięczność za wsparcie i bezcenne uwagi recenzyjne i konsultacyjne studentom nauk medycznych i ścisłych:**

Patrycji Ungrat (@\_pvtii),

Olimpii Świtalskiej (@leokadia\_apolonia),

Jakubowi Leszczyńskiemu (@felix\_leszczynski),

Adrianowi Bróźowi (@adiz4a),

Michałowi Górskiemu (@mihao012).

# Spis treści

---

## WSTĘP

Najczęściej zadawane pytania (FAQ) 9

1. Sezon na samobójstwa 12

## METODOLOGIA

2. Jak kłamać za pomocą statystyki 16

3. Wchodzenie do głowy. Przewodnik 28

## PATOLOGIA

4. Zaburzenia limbiczne (lękowe) – Najciemniej jest zawsze przed świtem 46

5. Zaburzenia psychotyczne – Istnieje piekło. Uwierz mi, widziałem je 70

6. Zaburzenia afektywne – Saga o Keflavíku 114

7. Uzależnienia – Nowe, wspaniałe życie 140

8. Zaburzenia jedzenia – Dla ciebie Boga nie wystarczy 162

9. Psychiatria kryminalna i śledcza – Sny o bliskiej przyszłości 176

10. Samobójstwa i samookaleczenia – Modląc się o śmierć 206



# NAJCZĘŚCIEJ ZADAWANE PYTANIA (FAQ)

## 1. Czemu mam Ci wierzyć?

Nie proszę, byście wierzyli mi w to, co tutaj piszę. Wręcz przeciwnie! Proszę, abyście kwestionowali wszystkie założenia, passusy czy sentencje wygłaszane w niniejszym podręczniku i w każdym innym czytany lub usłyszany tekście.

Ba! Napisałem cały rozdział o tym, jak kwestionować artykuły, podręczniki czy inne publikacje naukowe. Zapraszam do korzystania z tej metody w życiu prywatnym i zawodowym, chociaż wiem (z autopsji), że nie przysporzy to przyjaciół...

## 2. Skąd bierzesz te informacje?

Dołożyłem wszelkich starań, aby podręcznik ten był rzetelnym i solidnym przedstawieniem problematyki wybranych chorób mózgu. Jeśli powołuję się na fakty, od razu podaję odpowiednie odnośniki do badań naukowych w stylu Harvardzkim (nazwisko, rok).

Jeśli pomimo przedstawionych faktów, argumentacji logicznej i cytowanych dowodów, nadal będziesz wątpił w moje konkluzje, zapraszam do kontaktu! Jeśli będziesz miał rację, od razu poprawię niefortunne zdania.

## 3. Czy nie uważasz, że opisy przypadków są tendencyjne, a twoje opinie bezwartościowe?

Aby podręcznik był bardziej użyteczny klinicznie, postanowiłem przedstawić w nim kilka własnych opinii, doświadczeń i użytecznych wytrychów, które albo zebrałem podczas pracy, albo zaobserwowałem u innych i sam je stosuję. Każdy z Czytelników może oczywiście się z nimi nie zgadzać i praktykować po swojemu.

Mam nadzieję, że naukowa część podręcznika przyda się bez względu na subiektywną użyteczność moich sugestii.

## 4. Jestem uczennicą/uczniem szkoły podstawowej/liceum i chciałabym się wybrać na kierunek związany z badaniem i leczeniem chorób mózgu. Czy mi się przyda ten podręcznik?

Znakomity wybór! Uważam, że mózg to najbardziej fascynująca maszyna na świecie, a przy obecnych trendach ważne jest, aby w naszym systemie akademickim i opiece zdrowotnej był odpowiedni zasób młodych, zdolnych ludzi.

Nie musisz uczyć się wszystkiego na pamięć. Postaraj się przeczytać ten podręcznik jak dobrą powieść, a w głowie zostanie Ci więcej niż myślisz!

## 5. Jestem studentką/studentem medycyny i nie podoba mi się ten podręcznik. Tyle biadolenia o głupotach; chcę mieć suche fakty i zakres, czego mam się nauczyć na egzamin!

Podręcznik ten zawiera przekrój najnowszej (w chwili wydania) wiedzy na temat działania mózgu. Opuść historie ciekawych przypadków, opisy praktyki klinicznej czy rozdziały o warsztacie, a odnajdziesz wszystkie fakty, których szukasz.

Staram się każdego zaciekawić klinicznymi naukami neurologicznymi. Może uda mi się wzbudzić także twoje zainteresowanie? Aczkolwiek praktyka medycyny i chirurgii to nie tylko egzamin. Trzymasz książkę, którą sam chciałbym mieć na studiach medycznych. Niekoniecznie musisz podzielać mój zapał; istnieje wiele konkurencyjnych publikacji!

Autorzy starali się, aby podręcznik ten zawierał wystarczający zakres wiedzy przedmiotowej, tak aby można było na jego podstawie udzielić odpowiedzi na pytania Lekarskiego Egzaminu Końcowego z lat poprzednich. Niniejsza książka nie jest oczywiście rekomendowanym podręcznikiem (jeszcze!).

## 6. Jestem psychiatrą i krytykujesz mnie w tym podręczniku. Nie masz racji i mi się to nie podoba!

Szanowny Kolego, Szanowna Koleżanko!

Przepraszam, jeśli cokolwiek z tego, co napisałem, Cię uraziło. Wiem, że uczyłaś się w innych czasach i pewnie wielu z twoich współpracowników dalej leczy, wykorzystując teorie filozoficzne, chłopskie rozumy czy tzw. Real-World Experience.

Psychiatria leży i kwiczy, i wszyscy dobrze o tym wiemy.

Może warto przejść na stronę dowodów naukowych i praktyki, która może przynieść pacjentom wymierne korzyści? Pomyśl o tym. Na pewno masz mnóstwo doświadczenia klinicznego, które pomoże Ci lepiej praktykować. Spróbuj tego! Naprawdę wszelka krytyka *ad personam* była niezamierzona.

## 7. Co chciałbyś, żeby ktoś ci powiedział, kiedy byłeś studentem medycyny?

- Zawsze znajdą się pacjenci dla dobrych lekarzy.
- Nikt nie będzie się Cię pytał, jaki wynik miałeś z egzaminu z patomorfologii przed operacją wyrostka robaczkowego. Wyszukiwarka internetowa powie na Twój temat znacznie więcej...
- Znakomita większość rzeczy, którą się przejmujesz teraz, będzie zupełnie nieważna za rok.
- Wszyscy jesteście ludźmi. Wszyscy popełniamy błędy. Ważne, żeby dbać o siebie; jeśli my będziemy zepsuci, jak naprawimy innych ludzi?

Pamiętaj, żeby wynagradzać się za małe rzeczy – rozpoznałeś kwasinę ketonową przez telefon i skierowałeś kogoś na SOR? Powiedziałaś koleżance, że nie chcesz, żeby umarła? A może uśmiechnąłeś się i zachęciłeś kogoś, aby jednak poszedł na chemioterapię?

Gratulacje. Właśnie uratowałeś komuś życie. Może będzie Ci wdzięczny. A może nie. Warto zatrzymać się na chwilę, wypić kubek gorącej czekolady i pomyśleć o tym.

Trzymaj wszystkie kartki z podziękowaniami. Przydadzą się, gdy przyjdą ciężkie czasy.

Potrzebujesz pomocy? Pamiętaj, że to nie koniec. Za każdym razem, kiedy ktoś przykłada ci pistolet do głowy, zazwyczaj jest 168 różnych innych rozwiązań, które można zastosować w danej sytuacji. One istnieją, uwierz mi (więcej o tym w rozdziale o zaburzeniach lękowych).

Kupiłeś ten podręcznik, chcesz zmienić coś w sobie i w życiu innych. To znaczy, że Ci zależy i masz predyspozycje, by osiągnąć sukces. Nie musisz jechać na zachodnie, prestiżowe uniwersytety czy szukać wiedzy w wielkich bibliotekach. Wszystko, czego potrzebujesz, masz właśnie przed sobą.

**8. Dałeś mi dowody na to, że nie mam racji, ale ja wciąż uważam, że je mam.**

:)

**9. Co mi tu będziesz młody człowieku mówić, jak mam praktykować?!**

Będę.

**10. Nie podoba mi się to!**

Wszystkie wnioski, skargi i zażalenia chętnie przyjmuję drogą papierową lub elektroniczną.

Starłem się stosować formy męskie i żeńskie. Jeśli zauważysz gdzieś w tekście brak równouprawnienia, daj mi znać – poprawię!



### NOTA BENE

Obcojęzyczne zwroty lub terminy są zamierzone, wymaga tego podejście naukowe, ale także mój specyficzny styl autorski.



### NOTA BENE

Celem oszczędzenia papieru, spis literatury przedmiotu zamieszczono w internecie. Jak znaleźć oryginalny artykuł? Wejdź na: <http://neurologicalsociety.org/references/>

*Komentarze na temat niniejszej książki, a także polemikę z jakimkolwiek tekstem proszę przysyłać w formie elektronicznej lub papierowej. Na każdą wiadomość postaram się odpowiedzieć.*

Dr Maksymilian A. Brzezicki  
Nuffield Department  
of Clinical Neurosciences  
University of Oxford  
Level 6, West Wing  
John Radcliffe Hospital  
Headley Way, Headington  
Oxford  
OX3 9DU  
United Kingdom

maksymilian.brzezicki@ndcn.ox.ac.uk  
@maxbrzezicki

**M**oże napijesz się jeszcze kawy? – Mój dobry przyjaciel z uśmiechem na twarzy czytał kolejne akapity wypowiedzi na temat dowodów (a raczej ich braku) na choroby rozwojowe wieku dziecięcego wywołane lewoskrętną witaminą C.

Spojrzałem na telefon. Jego wygaszony ekran rozświetlała jedynie zielona lampka LED, która informowała o kilku nieodczytanych wiadomościach. Szybkie naciśnięcie przycisku odblokowania pokazało godzinę 23.38. Oprócz kilkunastu snapchatów, przyszło do mnie jedynie pięć maili od administracji szpitala.

– Ja chyba podziękuję, towarzyszu – odpowiedziałem w ten pieścizotliwy sposób. W końcu był kiedyś moim nauczycielem angielskiego; mimo tylu lat od opuszczenia murów szkoły nie byłam w stanie używać w rozmowie z nim zaimków drugiej osoby liczby pojedynczej. Doświadczyłem z jego strony wiele dobra, okazał mi wielkie serce i jeszcze ugościł wielokrotnie wspaniałymi domowymi obiadami, mówienie więc do niego per pan byłoby wyjątkowo niestosowne. Skasowałem przeczytania wszystkie maile. Już od dawna wychodziłem z założenia, że oksfordzki odpowiednik pań Janeczek z kadr i księgowości i tak napisze do mnie jeszcze raz, jeśli ta tabelka była rzeczywiście sprawą niecierpiącą zwłoki. A jeśli tego nie zrobi, to to trywialne zapytanie, jak większość spraw w NHS-owej administracji, byłoby niepotrzebnym zajmowaniem mojego czasu klinicznego.

Jedno nie dawało mi spokoju. Cassie. Dziewczyna, której śliczne blond włosy przykuwały uwagę w awatarze messenger'a, nie odzywała się do mnie od kilkudziesięciu minut.

Kim była? W opinii nauczycieli, rodziców czy przyjaciół wydawała się zupełnie „normalna”. Uczyła się dość dobrze, miała piątki i czwórki w liceum i świetnie radziła sobie na studiach w jednej z renomowanych polskich uczelni technicznych. Żaden z nauczycieli nie miał zastrzeżeń do jej zachowania, a rodzice, o czym spieszę zapewnić moich szanownych kolegów i koleżanki psychologów i psycholożki, byli kochający i starali się, jak mogli, zaspokajać jej potrzeby uczuciowe i socjoekonomiczne.

Mimo tego „wzorowego” środowiska, spełnienia wszystkich kryteriów prawidłowego rozwoju dzieci i adolescentów, siedmiu stron maszynopisu nieskazitelnej ewaluacji psychologicznej i wychowawczej oraz szeregu postfreudowskich zawiłości, dalej coś mnie w niej martwiło.

Może to, że była pod wpływem indukcji depersonalizacji i derealizacji jednego z miejscowych oprawców, że konsekwentnie otrzymywała wysokie noty w obiektywnych testach określających zamiary samobójcze. I to, że niedawna deprywacja snu przyprawiała ją o przerażające halucynacje słuchowe.

Wszystko oczywiście, przynajmniej w czarnych scenariuszach w mojej głowie, świadczyło o nieuchronnym zmierzaniu do odebrania sobie życia. W takich chwilach nie sposób zapomnieć o statystykach, raportach i zestawieniach liczbowych, podawanych w rocznikach śmiertelności w tego rodzaju chorobach. Te ze bezlitosne liczby mogą wprawić w konsternację każdego, kto kiedykolwiek parał się naukami medycznymi. A w tym momencie dane te bynajmniej nie były anonimowymi znakami na holograficznych kliszach PubMed-u. Miały realną postać, z datą urodzenia, ładnymi niebieskimi oczami i nieodczytaną od półtorej godziny już wiadomością „czy wszystko dobrze?”.

Pożegnałem się z przyjacielem i poszedłem w kierunku samochodu. Na siedzeniu pasażera wylądowała niedbale rzucona torba z naszywką O Rh+, a szczęk medycznego sprzętu zaburzył mroźną ciszę grudniowego wieczoru.

Ruszyłem przed siebie zrezygnowany. Chciałem jakoś jej pomóc, ale znałem własne ograniczenia. Za kilka godzin miałem obudzić się na poranny autobus, który zabierze mnie na lotnisko. Po wylądowaniu czekała mnie przyjemność założenia na siebie niebieskiej smyczy z białym nadrukiem, na której zawieszony był identyfikator z moim uśmiechniętym jak zawsze zdjęciem. Lista chirurgiczna na następny dzień była już dogadana, a więc jakakolwiek zwłoka wiązałaaby się z anulowaniem wizyt pacjentów, którzy siedzieli pewnie teraz w swoich domach, gorączkowo werując ulotki z wizyty przedoperacyjnej i zadając sobie pytanie „czy na pewno dobrze robię?”.

To samo pytanie zadałem sobie, gdy jechałem już główną ulicą miasta do domu. Odświeżyłem telefon kilka razy, naiwnie myśląc, że ta zbiwienna wiadomość zapodziała się gdzieś i moje energiczne przeciągnięcie kciukiem po ekranie przywiedzie ją na właściwe tory silikonowych półprzewodników.

Nic z tego. Myślałem, że zadzwonię chociaż do niej albo spróbuję porozmawiać na spokojnie po powrocie do Anglii. Coś mi jednak mówiło, że tego „na spokojnie” może już nie być.



**NOTA BENE**  
NHS – National Health Service. Brytyjski państwowy system ochrony zdrowia.



Na ostatniej przecznicy przed domem postanowiłem skrócić w lewo. Zatrzymałem się na pobliskim parkingu pod zamkniętym już o tej godzinie sklepem. Usiadłem na chwilę, tak jakbym dawał opatrności jeszcze kilka minut na przekonanie mnie, że to, co zamierzam zrobić, jest dobrym pomysłem. Z głośników dochodziła piosenka Lorda Hurona.

*And then I can tell myself  
What the hell I'm supposed to do.*

Tak jak podmiot liryczny tego utworu, nie miałem pojęcia, co zrobić dalej. Zostało mi jedynie zmierzyć się z przeraźliwym faktem spokojnego oczekiwania. Nagle telefon obudził się i wyświetlił jedną wiadomość:

*Jakbyś przyjechał, to by było fajnie...  
Jeśli nie robi ci to dużego problemu.*

Znałem Cassie już na tyle długo, żeby wiedzieć, że druga część tej wiadomości była ostatnim wołaniem o pomoc. Jak każdy zdecydowany samobójca nie chciała z nikim rozmawiać. Ustaliła dobre miejsce na szczegółowo zaplanowaną procedurę odejścia z tego świata i upewniła się, że żaden znajomy, przyjaciel czy rodzic nie będzie wiedział, gdzie jest i co robi. Uruchomiłem silnik i wpisałem w nawigację kod pocztowy, który tkwił mi gdzieś w zakamarkach pamięci. Wyjechałem na główną ulicę i przycisnąłem pedał gazu. Czas grał na moją niekorzyść. Zostało mi czterdzieści, może sześćdziesiąt minut.

Samobójstwo, wbrew obiegowej opinii, nie ma żadnych rozpoznawalnych gołym okiem objawów. Osoby, co do których istnieje wysokie ryzyko odebrania sobie życia, nie są „smutne”, ani „problematyczne”, najczęściej nie mają „trudnego dzieciństwa” ani nie są „tchórzliwe” ani nie „uciekają od problemów”.

Dlatego właśnie na pogrzebach samobójców tak często słyszy się opinie, że: „nie wyglądał na takiego, który mógłby się zabić”; „tak dobrze się uczył”, „tak dobrze zarabiał”, w końcu „miał dobrą pracę i szczęśliwą rodzinę”.

Samobójstwo nie jest wyborem, który ktoś podejmuje, aby zwrócić na siebie uwagę (choćby osób, które to deklarują nie brakuje). Jest to jedynie finalny etap procesu autodestrukcji ich połączeń mózgowych; wynik choroby, która zmienia biochemię ich neuroprzekazników, gospodarkę hormonalną i niszczy kolejne połączenia systemu nerwowego. Ta mroczna, zaprogramowana śmierć jest zjawiskiem cichym, ale i diabolicznym.

Niestety wciąż jest zjawiskiem, na które, na co ludzie nie zwracają odpowiedniej uwagi. Pomijając aspekty kulturowo-społeczne czy wręcz religijne reperkusje tego zjawiska, dostrzega się raczej osoby, które publicznie werbalizują swoje proble-

my lub podejmują nieskuteczne acz widowiskowe akty samoagresji.

Nie zachęcam tu do ignorowania takich przypadków, wręcz przeciwnie. Problemy tych ludzi są ze wszech miar realne i należy im się odpowiednia troska i zainteresowanie. Niemniej jednak, jak to powiedział jeden z moich konsultantów, kiedy na miejscu masowego wypadku słyszysz osoby, które krzyczą wniebogłose, wiedz, że oni mogą pocze-kać; zainteresuj się tymi, którzy nic nie mówią. W końcu ci, którzy krzyczą z bólu, przynajmniej mają czynne drogi oddechowe...

Dlatego też osoby, które mówią, że „wszystko z nimi dobrze”, pojawiają się później w lokalnych nekrologach. Mówienie o samobójstwie w żaden sposób nie zwiększa ryzyka popełnienia go przez osobę, która czyni takie wyznanie; *a contrario*, bywa, że osoba ta czuje dużą ulgę, że może komuś o tym powiedzieć.

Dlaczego zatem w społeczeństwie tak ciężko zadać komuś pytanie „Czy chcesz się zabić?”. Odpowiedź negatywna bądź wręcz prześmiewczo negująca może być uspakajająca, a pozytywna zachęcać do dalszych badań i niesienia pomocy.

*Stracono sygnał GPS ... Trwa wczytywanie mapy.*

Wśród tych rozmyślań przypomniałem sobie, że moja telefoniczna nawigacja była tego wieczoru zupełnie bezużyteczna. Miałem co prawda szkic trasy, którą chciałem pokonać, udając się w stronę północno-zachodnich rubieży województwa lubuskiego. Niestety, wizualizacja ścieżki po przekroczeniu granic miasta rozmywała się jak szosa, którą miałem przed sobą.

Wyłączyłem denerwujący mnie sprzęt i skupiłem się na znakach drogowych. Wmawiałam sobie, że odbyty przeze mnie trening trening lekarza ekspedycyjnego wymagał w końcu dobrej orientacji w terenie; jakże bym inaczej wyciągał poszkodowanych z urazem głowy z zakątków gór północnego Somerset, gdzie nie dochodził sygnał telefonii komórkowej. Zapewnienia te miały się niedługo sprawdzić.

Remigiusz Mróz z pewnością ukrzyżowałby mnie za pisanie przeraźliwie długich zdań, które są, rzekomo, dla polskiego odbiorcy nieznośne. Do tego bezpardonowe wrzucenie czytelnika w sam środek akcji już na pierwszych stronach podręcznika. A ja nawet się jeszcze nie przedstawiłem!

Czarek, mój przyjaciel, któremu dedykuję tę książkę, powiedział mi, że ludzie nie interesują się moimi historiami z sal operacyjnych, publikacjami czy fachowymi opisami z zakresu medycyny i chirurgii. Ludzie czytający ten podręcznik chcą poznać mnie.



#### NOTA BENE

Dowody naukowe oraz szersze omówienie w rozdziale o samobójstwach i samookaleczeniach.

Kim jestem? Czy mogę podsumować siebie z mistrzowskim kunsztem: „pali westy, żuje big redy i chodzi w czerwono-czarnych flanelowych koszulach”? Nie. Nie ma we mnie niczego magicznego czy niezwykle interesującego. Nie mam zespołu Sawanta czy pamięci fotograficznej z cudownym talentem do uczenia się. Zakładanie wenflonów sprawiało mi na początku taką samą trudność jak wszystkim, a drenaże komorowe dalej przyprawiają mnie o entuzjastyczne palpacje. Jestem tylko młodym lekarzem. I właśnie z tym młodzieńczym zapałem oraz naiwną wiarą w nieoczekiwane powodzenie naszej sprawy, postanowiłem napisać podręcznik, który w mojej opinii polepszy życie pacjentom. Na szczęście moje urojenia misyjne udzieliły się wystarczającej liczbie autorów (n = 1, Maciej Ostrowski), aby tego dzieła dokończyć.

\*\*\*

– Doktorze, – Starsza koroner dla hrabstwa Avon siedziała pośrodku sali sądowej – Niech mi pan opowie, jakie były priorytety leczenia dla tej pacjentki?

– Prewencja sepsy neutropenicznej... – Konsultant onkologii klinicznej nie dokończył wywodu, bo drzwi średniowiecznego sądu otworzyły się z głośnym zgrzytem.

Jedna z dziennikarek „Bristol Post” postanowiła dołączyć do widowni. Usiadła jak gdyby nigdy nic w ławie tuż pod dmuchawą ciepłego powietrza.

– Masz może jakieś dane tego przypadku? – Szturchnęła kolegę dziennikarza, który wręczył jej kserokopie. Kobieta skinęła głową, strząsnęła z ubrania okruchy dojadanego w biegu rogalika i spojrzała spojrzała ze skrucą na starszą koroner, która sztyletowała ją spojrzeniem, wściekła z powodu lekceważącego urząd wtargnięcia. Dziennikarka pospiesznie zwinęła szary papier z resztkami pieczywa i zaczęła czytać streszczenie akt.

W dokumentach widniał portret sześćdziesięciosiedmioletniej kobiety, która była pacjentką jednego z oddziałów onkologii. Lekarze wiedzieli o tym, że pani Crock ma białaczkę. Zdiagnozowano ją już w 2012 roku. Wiedzieli również, że była już kilka razy hospitalizowana, w tym przeszła dwa razy sepsę i ledwo uszła z życiem. Mimo to, medycy postanowili umieścić ją na oddziale zakaźnym, wśród kaszlących i chorych na wysoce zaraźliwe choroby pacjentów. I właśnie to zaniechanie było przedmiotem procesu.

Przed 2012 rokiem pani Crock była szczęśliwą babcią. Na co dzień pracowała w recepcji kliniki chorób piersi. Problemy zaczęły się, gdy we wrześniu 2012 roku już ze stwierdzoną przez lekarza rodzinnego chorobą trafiła na SOR z poważną in-

fekcją i krwawieniem wewnętrznym.

– Rozumiem, doktorze, proszę mi opowiedzieć o ostatnim tygodniu życia denatki.

– W środę przed śmiercią mój kolega psycholog doktor Evsham odwiedził ją na oddziale. Oczywiście jej wyniki krwi pogarszały się i zastanawialiśmy się, czy nie wdrożyć jakiegoś leczenia na białaczkę. Zdecydowałem, że zajmę się tym potem.

– Zostawił ją pan na oddziale zakaźnym?

– Owszem.

– Rozumiem. – Koroner wyciągnęła kilka dokumentów – Doktorze, widzę, że rzeczywiście zeznania pielęgniarek potwierdzają tę wersję. Zatem, państwo się zgodzą, mamy tutaj przypadek tragicznego w skutkach braku komunikacji.

Zebrani na widowni zgodnie potakiwali głowami. Słysząc było wyrażane opinie: „No wie pani, nic się nie dało zrobić; w końcu białaczka to taka choroba...”; „A wie pani, ja nie rozumiem, jaka to rodzina tej biednej staruszki??? Czy oni nie widzieli, że ma niski poziom Wcc, a w szczególności neutrofilii? A gdzie była córka i wyrodne wnuczeta, kiedy trzeba było ją skaniulować i pobrać szpik kostny do ewaluacji... a wymazy krwi nie porobione...”.

W pewnym momencie dziennikarka „Postu” wstała z plikiem dokumentów w dłoni. Koroner nie kryła swojego oburzenia:

– Co chciała Pani powiedzieć?

– Czy ja czegoś tutaj nie rozumiem? Przecież to jest farsa!!!

– Nie dopatruję się błędu w sztuce lekarskiej...

– Ta kobieta miała białaczkę od 2012 roku i jedyne, co lekarze zrobili... mimo kilkukrotnej hospitalizacji, to podanie jej leków przeciwbólowych...? A gdzie chemioterapia? A gdzie jakiegokolwiek postępowanie diagnostyczne, badania krwi, skany, oszacowanie rokowań opartych na badaniach wielotysięcznych populacji...

– Szanowna pani – onkolog skinął na nią z politowaniem – W tej sytuacji nie dało się nic zrobić. Dobrze pani wie, że zgon to normalne ryzyko zawodowe w onkologii!

– A rodzina tej staruszki? Odwiedziny w szpitalu to jedno, ale jak można wymagać, aby wnuki pacjentki wykonywały skomplikowane procedury medyczne? Dlaczego społeczeństwo wymaga od córki odpowiedniego i terminowego podania chemioterapeutyku? A jeśli nawet nie dało się nic zrobić, gdzie są badania na ten temat? Gdzie szacowne szpitale uniwersyteckie z międzynarodowymi zapleciami badawczymi, które pracują



#### NOTA BENE

Scena pokazuje proces sądowy, który wydarzył się naprawdę (Bristol Post, 2017).

**NOTA BENE**

*Causa efficiens* - łac. przyczyna, która doprowadziła do tragedii.

dzień i noc nad znalezieniem lekarstwa i polepszeniem diagnostyki?

– Przecież to nie jest takie proste! Szanowna pani, musi być pani naiwna! Być może takie podejście byłoby możliwe w przypadku **depresji** czy **schizofrenii**, ale przy białaczce? Białaczka to choroba uwarunkowana społecznie, ekonomicznie, ma na nią wpływ percepcja kulturowa i onkodynamiczna. Wie pani, że w dzieciństwie śniło się denatce, że widzi konie? To ewidentna zazdrość o partnera matki była nieuchronnym *causa efficiens*<sup>4</sup> tej choroby.

– Ustaliliśmy winę. Brak komunikacji z pielęgniarkami! – Koroner przerwała tę wymianę zdań i zapisała ustalenie w notatkach.

– To nie wina pielęgniarek! Na litość boską, przecież gdyby ktoś tę biedną kobietę leczył na białaczkę, to by nie potrzebowała przyjęcia do szpitala!

Przerwijmy tę opowieść. Mam nadzieję, że udało mi się wzbudzić u Ciebie chociaż lekkie poirytowanie. Nie martw się. Sam nierzadko krzyczę w kierunku odbiornika telewizyjnego lub niektórych drukowanych publikacji.

Dlaczego tak bardzo zmieniły się nasze wymagania od systemu opieki zdrowotnej, lekarzy, rodziny czy społeczeństwa, gdy zamiast o chorobie krwi mówimy o zaburzeniach mózgu? Dlaczego niepodjęcie leczenia białaczki u dziecka jest tak irracjonalne i karygodne, że z chęcią posłalibyśmy onkologa na zasłużoną odsiadkę, ale już za zaburzenia jedzenia winimy szkołę i rodziców?

Śmiertelność białaczki u dzieci wynosi mniej niż 2% (St Jude's, 2019), a z jakim zaangażowaniem wspieramy rodziny poszkodowane tą tragedią; jak chętnie wpłacamy im pieniądze na wsparcie, jak bardzo litujemy się nad zdjęciami dzieci na oddziałach onkologicznych i jak ochoczo protestujemy pod gmachem Ministerstwa Zdrowia, gdy to odważy się nie zrefundować leku. W tym samym czasie rozkładamy ręce nad zaburzeniami jedzenia (śmiertelność do 18%, Theander, 1985), depresją poporodową (16–29% matek zabija się po ukatrupieniu swoich dzieci w wyniku psychozy, Friedman et al., 2005) czy chorobami afektywnymi, w wyniku których chorzy mają nawet do 30 razy większą szansę na śmierć niż ich rówieśnicy (Schaffer et al., 2015), nie mówiąc już o chorobach psychotycznych, w odniesieniu do których jedynie – mimo bardzo licznej zapadalności – w badaniach medycznych i chirurgicznych odnotowano regres skutków leczenia. Sama diagnoza pierwotnego zaburzenia psychotycznego skraca życie chorego o 20 lat (Laursen et al., 2014)!

**NOTA BENE**

Pourazowa triada śmierci to termin medyczny, który opisuje połączenie hipotermii, kwasicy i koagulopatii. Zjawisko to obserwuje się w chirurgii urazowej i jest zazwyczaj zwiastunem złego rokowania.

**Czy naprawdę wzruszanie ramion to najlepsze, co możemy zaoferować naszym pacjentom?**

\*\*\*

Było po pierwszej w nocy, gdy zajechałem pod dom Cassie. Nie przejmowałem się tym, że jest dość późno, a ja prawie zgubiłem miskę olejową na wertepach remontowanych dróg. Wsiadłem z samochodu i ruszyłem przed siebie. Pod butami chrzęściła mi zamrożona trawa. W oddali zobaczyłem sylwetkę postaci skulonej nad strumykiem. Blondynka siedziała oparta o drzewo, a w prawej ręce trzymała skalpel. Dobrze wiedziała, jak rozciąć sobie żyły, aby krwotok był trudny do zatrzymania. Byłem zdeterminowany, żeby jej pomóc.

– Cassie!

– Dziewczyna odwróciła się do mnie, ale nie wykrztusiła z siebie ani słowa odpowiedzi. Podbiegłem z torbą na ramieniu i gorączkowo zacząłem szukać bandażu uciskowych. Nie wiedziałem, jak długo już tak siedzi, a krwotok i hipotermia przy takiej temperaturze nie wróżyły niczego poza pourazową triadą śmierci.

**Ale jak jej pomóc? W jaki sposób można naprawić komuś mózg?**

Moi szanowni koledzy kardiologowie precyzyjnie określiliby stan pacjentki. Zleciliby skany, testy krwi, oznaczyli odpowiednie enzymy i skwantyfikowali funkcje serca. Znając już te wyniki, spojrzeliby do niezawodnych tabeli i wybrali optymalne leczenie w celu przedłużenia i polepszenia jakości życia.

Ale w chorobach mózgu jest to niemożliwe. To zaiste ostatnia dziedzina medycyny, w której nasze własne obserwacje, umiejętności i łączenie faktów przewyższają wartość diagnostyczną maszyn i robotów. To właśnie obserwacje sprawiają, że otrzymamy precyzyjną diagnozę. To właśnie umiejętności uwolnią osobę, która jest skrzepowana łańcuchami potwornej choroby. To właśnie wiedza poprowadzi chorego przez kręte ścieżki jego neuropatologii.

Każdy gest, każdy podniesiony ton i każdy najmniejszy nawet ruch, to sugestie, które pomogą która pomoże nam w tej precudownej sztuce. Nauczmy się rozpoznawać różnice między przejęzyczeniem a kognitywną dysinhibicją, gdy ktoś „myśli”, a nie „uważa”, a nawet między demonicznym opętaniem a zagrażającym życiu nowotworem jawnika.

Chociaż sam pracuję nad nowoczesnymi sensorami i obiektywnymi metodami pomiaru zaburzeń, żadna technologia nie zastąpi rzetelnego przeprowadzenia wywiadu i badania fizykalnego.



\*\*\*

– Maks, boję się – powiedziała Cassie, patrząc na mnie ze łzami w oczach.

Przyciskałem mocno bandaż do rany, aby zatamować jej krwotok. W myślach opracowywałem plan przetransportowania jej do bezpiecznego miejsca. W takiej chwili spokój i opanowanie są kluczowe, aby pacjentka miała jakiegokolwiek szansę przeżycia. Zastanawiałem się, co może ją uspokoić.

– Popatrz w górę, Cass – zwróciłem jej uwagę na gwieździste niebo, które rozpościerało się nad nami w tę zimową i wyjątkowo mroźną noc.

– Gwiazdy są piękne – odpowiedziała.

To prawda. Wszyscy marzymy o tych punktach na niebie. Myślmy o podróżach międzygwiazdowych i z zapartym tchem śledzimy poczynania naukowców z NASA, ESA czy SpaceX. Nie przychodzi nam nawet do głowy, że na Ziemi mamy coś jeszcze bardziej ekscytującego.

Kora mózgowa to cieńka warstwa materii, o grubości nie więcej niż 1 centymetr i powierzchni nie większej niż dłoń dorosłego człowieka. Jednak w tym niewielkim narzędziu znajduje się więcej połączeń neuronów niż gwiazd w całym obserwowalnym wszechświecie. Każdy moment z naszego życia, każda umiejętność, jaką kiedykolwiek posiadziemy, każde uczucie, jakie będziemy mogli przeżyć, każdy sukces i każda porażka – to wszystko mieści się w tak małej i zdawałoby się nieznaczącej tkance.

Chyba nietrudno Ci zrozumieć, dlaczego opowieści o niezbadanych terytoriach układu nerwowego są dla mnie jak książka, od której nie można się oderwać. Publikacje na temat odkryć kolejnych szlaków nerwowych piszę jak raporty pierwszych odkrywców Nowego Świata, a upiorną otchłań zaburzeń traktuję jak tunel czasoprzestrzenny, przez który mogę dotrzeć do alternatywnego wymiaru myślenia i percepcji.

A może i Ciebie zainteresuje ta dziedzina wiedzy po lekturze mojej książki? Może podejmiesz wyzwanie opuszczenia swojego domostwa i przyłączenia się do fascynującej misji eksploracji sekretów naszego mózgu. A ten podręcznik niech służy Ci, niezbadanych obszarów, jak najlepszy towarzysz podróży w tej ekscytującej wędrówce.

– Cassie?

– Hm?

– Nie chcę, żebyś umarła.

– Wiem. Dlatego po Ciebie zadzwoniłam.

*Z przyjemnością oddaję do druku.*

Oxford, 2019



AUDENTES FORTUNA IU VAT  
SZCZĘŚCIE SPRZYJA ODWAŻNYM  
– Wergiliusz, *Eneida*



*Szkola Ateńska*, malowidło ściennie Rafała w Pałacu Apostolskim w Rzymie. Los był w wierzeniach starożytnych domeną bogów. Dlatego kandydatów na niektóre stanowiska wybierano przez rzut kośćmi. Nowoczesna statystyka pozwala nam określić te niebiańskie siły za pomocą eleganckich metod obliczeniowych.





## W POCZEKALNI

### Psychiatria środowiskowa

*Następny pacjent: mężczyzna, lat 25 (brak wcześniejszej historii)*

Są trzy rodzaje kłamstw:

Kłamstwa,  
bezczelne kłamstwa  
i statystyki.

- **Mark Twain** *Rozdziały z Mojej Autobiografii*

**C**o Pan sądzi o badaniu retrospektywnym z trinitrogliceryną u chorych na PPD<sup>1</sup>? – Takie zapytanie pojawiło się pewnego wieczoru na ekranie mojego telefonu, gdy po powrocie z pracy prasowałem sobie koszulę na następny dzień.

W głowie miałem właśnie myśli o uroczych starszych pacjentkach, które z aprobatą popatrzą na moje dobrze wypolerowane buty i pasujący do nich skórzany pasek. Do tego na okrasę dorzuciłbym im dygresję o tym, że z własnej inicjatywy dzwonię do swojej babci, i najwyższe uznanie tych pacjentek miałbym już w kieszeni. Musiało mi to wystarczyć *in absentia*<sup>2</sup> siwej brody i marynarki z latami na łokciach.

– A czemu miałyby to służyć? – zreflektowałem się. – Inaczej ujmując, jak Pan te funkcje poznawcze definiuje?

– To znaczy, tu chodzi o funkcjonowanie w zakresie objawów negatywnych i kognitywnych. To jest, chciałbym zbada tych pacjentów i zobaczyć, co z nimi. Porównać ich PANSS.

– To Pan, rozumiem, chce punkty... Jaka różnica w punktacji Pana by satysfakcjonowała?

– A nie wiem właściwie... statystycznie istotna... nie znam się na tym.

– Nieważne co, ważne, żeby *p* było < 0.05?

– Statystyk to policzyć.

– No tak, policzyć. Jak odpowiednio mocno przyciśniesz dane, to się do wszystkiego przyznają... Ale jeśli Pan nie wie, to czego Pan oczekuje od tych biednych chorych?

– Wiem. Chciałem sprawdzić, czy moje teorie przekładają się na rzeczywiste lepsze funkcjonowanie chorych w zakresie objawów negatywnych PANSS. I czy są oni na rencie, czy pracują.

– Rozumiem. To podaję więcej konkretów. Ma pan binarną zmienną: renta/praca a PANSS – jakiej zmiany by pan chciał?

– Mniej punktów za objawy negatywne.

– Mniej to znaczy o 1 mniej, o 2?

– No jak najwięcej!

– A ile osób ze schizofrenią jest w pracy, a ile na rencie w populacji?

– A nie wiem... No, nie wiem, ile dokładnie punktów w PANSS. No, dajmy na to 5. I co?

– Czemu 5?

– No a czemu nie?

– No bo jak ja opublikuję informację, że lek X pogarsza punktację PANSS o 4, to Pan im nie będzie dawał tego leku?

– No, to dajmy procent PANSS, a nie wartość.

– Ale to jest ten sam problem. Jak ja opublikuję, że lek X pogarsza o 15% to pan, jako psychiatra, przestanie podawać ten lek?

– To ile ma być?

– Tyle, ile pana by przekonało jako klinicystę... co jeśli pacjentowi rośnie o 4 punkty, to co, złapie się pan za głowę i zawoła: „Olaboga!” i z podniesionym larum pobiegnie pan wstrzymać pacjentom realizację recept? Czy raczej powie pan, że to zależy przecież od dnia, od tego, kto to badanie robił, że to jest subiektywne, że zależy od tego, czy pacjent miał psychozę, czy nie, etc.?

– No tak właśnie bym powiedział.

– Kiedy sam pan się nie daje przekonać, to jak pan chce przekonać innych?

Jeśli ta rozmowa wywołała u Ciebie torsje konwulsyjne, skręt dwunastnicy i chęć krzyku w stronę książki (spokojnie, już we wstępie zapewniałem, że zachowanie takie nie jest mi wcale obce), to polecam opuszczenie tego podrozdziału.

A tych, którzy w rozumowaniu mojego interlokutora nie widzą nic nadzwyczajnego, zapraszam do lektury.



#### NOTA BENE

Cytat ten autor przypisał pomyłkowo brytyjskiemu premierowi Disraeliemu; właściwa prowinienca sentencji pozostaje nieustalona. (Lee, 2017)



#### NOTA BENE

PANSS – system oceny punktowej objawów w pierwotnym zaburzeniu psychiatrycznym (PPD).

1 - PPD – pierwotne zaburzenie psychiatryczne.

2 - In absentia – podczas nieobecności.



ILUSTRACJA 1

Mapa Londynu wykonana przez Johna Snowa z okresu epidemii cholery. Czarnymi kreskami zaznaczono przypadki zachorowań na choleryę. Budynki zaznaczono czarną linią z białym wypełnieniem. Ulice oznaczono nazwami w środku. (Snow, 1855).



**NOTA BENE**

ANOVA to test statystyczny a blobbogram to wykres Fostera, który pokaże ci w tym rozdziale.

**HISTORIA STATYSTYKI I EPIDEMIOLOGII**

Statystyka to zniechęcający przez wielu przedmiot. Jawi się jako młodsza i zgorzona swoim bezwzględny utylitaryzmem siostra matematyki. Dla tych, którzy nie trawia królowej nauk, statystyka stanowi kolejną obstrukcję w uzyskaniu oceny pozytywnej z kolokwium. A nawet ci, którzy geometrią euklidesową zabawiają ludzi na imprezach, nie zawsze lubią zagłębiać się w arkana statystycznych testów i analiz.

I tak właśnie młodzi adepci sztuki medycznej z przerażeniem odwracają wzrok od statystycznej meduzy, wynosząc z zajęć jedynie kilka potrzebnych do zaliczenia formułek. Inni irytują się, że nie przynosi im to żadnych praktycznych czy też konkretnych (o zgrozo, mój „ulubiony” przymiotnik!) klinicznych korzyści i że z chęcią czas poświęcony na rozumienie Anovy czy blobbogramów poświęciłoby na jakże niezbędne w lekarskiej autoidentyfikacji udrażnianie cewek moczowych pacjentów.

Gdy studenci ci zamieniają się w świeżo upieczonych lekarzy, dalej nie patrzą statystyce w oczy. Wolą oddać obliczenia kolegom z wydziałów matematycznych, recenzentom czy autorom badań. Czy warto bać się tego potwora?

Starożytni wierzyli, że **szansa** (czy jak dzisiaj powiedzielibyśmy: **szczęście**) jest domeną bogów. Dlatego też wiele stanowisk w antycznej Grecji było obieranych przez rzut kością (Rzążewski et al., 2014). Zaprawdę i wśród czytelników znajdzie się grono, które niejednokrotnie powiedziało, że „losu nie oszukasz” czy że „tak już miało być”. To tak jakby światem rządziły jakieś siły, które jak trzy Mojry przędą i przecinają nić ludzkiego żywota.

Jeśli wierzyć w taki porządek rzeczy, to statystyka jest sztuką, która pomaga okiełznać los, uporządkować chaos i wyznaczyć to, co nieuzbrojonym okiem wydaje się zupełnie nieprzewidywalne.

Statystyka nie jest wyrocznią, która zna precyzyjną odpowiedź na nasze pytanie. Nie ma również bezwzględnej racji w orzekaniu prawdy czy fałszu. Ale nie jest też przerażającym potworem żyjącym w podziemiach arkusza kalkulacyjnego.

Zmierzmy się z nią zatem jak Perseusz z najstraszniejszym potworem greckiej mitologii, Meduzą. Czy wyjdziemy z tej walki zwycięsko? **To się jeszcze okaże.**

Daruję sobie w tym miejscu przytaczanie definicji i formułek. Te każdy zainteresowany sprawdzi sobie sam w słowniku, jeśli jest mu to do zbawienia koniecznie potrzebne. Ja tymczasem zapraszam do wiktoriańskiej Anglii...

**LONDYN – CZERWIEC 1853rok**

– Ludzie, odsuńcie się, na litość boską! – zagrział jeden z przechodniów, który zauważył, jak starszy mężczyzna osunął się na bruk.

– Na rany Chrystusa, jego twarz! – Jedna z kobiet natychmiast odsunęła się od chorego.

– Niechże ktoś wezwie medyka i to prędko!  
– Kobieta włożyła zakupy do kosza i pobiegła w przeciwnym kierunku, kurczowo trzymając rączkę dziewięcioletniej córki.

Mężczyzna związał się z bólu, trzymał się za brzuch i opowiadał charakterystycznie zniekształconym głosem. Mówił o biegunce przypominającej wodę po płukaniu ryżu o słodkawym zapachu. Wśród przechodniów pojawił się dobrze ubrany jegomość, który po skinięciu na chorego poinstruował felczera.

– Zmarszczenie, *vox cholericus, facies cholericus*.

– Kolejny przypadek cholery, Panie doktorze? Czy da się coś zrobić?

Lekarz przypatrzył się choremu i ruszył przed siebie, nie odpowiadając swojemu protegowanemu. W owym czasie kolejna śmierć na tę zatrważąco szybko rozprzestrzeniającą się chorobę nie budziła większego zdziwienia. Doktor odwrócił się na pięcie i skręcił w kolejną brukowaną uliczkę, która prowadziła do pubu. Przy wejściu zdjął kapelusz, potem zajął miejsce i rozłożył mapę.

– Szanowny panie kolego, proszę spojrzeć – zagaił i jednocześnie gestem zamówił u barmana pintę gorzkiego ale’a. – Zaznaczyłem na niej czarnymi kreskami wszystkie incydenty zachorowań na choleryę.

– Doktorze Snow, zaiste wielce ciekawe – Felczer również poprosił o napój i zaczął notować.  
– doprawdy pełno tych kropek wszędzie!

– Doprawdy wszędzie pełno tych kresek!



## PYTANIE 1

Co jest powodem epidemii cholery w Londynie? (Ryc.1). Pompy oznaczono na żółto.

- (A) POMPA A.
- (B) POMPA B.
- (C) POMPA C.
- (D) Budynek 1 – oznaczony na czerwono.
- (E) Nie można tego stwierdzić. Kreski są zupełnie losowe.

**ODPOWIEDŹ:** Wokół pompy B widać wiele kropek; stwierdzenie, że ona jest źródłem rozprzestrzeniania się choroby, to dość prawdopodobna hipoteza. Niemniej jednak przerażona kobieta, która kurczowo chwyciła za kosz z zakupami, z pewnością zastanawiała się, dlaczego mężczyzna skonał akurat przy ulicy pod jej domem. Największe podejrzenia budziła według niej pompa A, czyli ta, przy której mieszkała. Dlaczego?

Jedynie dane, które miała w tamtym momencie, to relacje zasłyszane od innych o zmarłych, którzy mieszkali w okolicy pompy, oraz swoje obserwacje ludzi umierających w rymszokach. Lamentując wśród przekupek na rynku, domagałaby się natychmiastowego odłączenia pompy A z miejskiego wodociągu.

Dzisiaj określiłbyśmy takie podejście do podejmowania decyzji skrótem RWE (ang. *real world experience*, doświadczenia z prawdziwego życia; inne określenia: „chłopski rozum”, „bo mi się wydaje”, „ja tego nie widzę”, „bo moi pacjenci to...”, „opinia eksperta”). Słowem – to, co widzisz u siebie lub co mi ktoś powiedział, jest wystarczające do wyrobienia sobie poglądu na jakiś temat.

Ale coś, co dla jednego przechodnia jest spełnieniem *fatum*, dla innych może być całkiem przewidywalnym zjawiskiem.

Jeśli weźmiemy ołówek i kartkę papieru, możemy, niczym doktor Snow, zilustrować sobie tę sytuację. Ba, możemy nawet, bez uciekania się do skomplikowanych formuł matematycznych, przewidzieć, że jeśli usłyszymy o kolejnej śmierci z powodu cholery, będzie to wiadomość z pogranicza pompy B, a nie A czy C.

TABELA 1

Dzielnice i populacja zmarłych z powodu cholery w 1855 roku, fragment zestawienia tabelarycznego: Snow, 1855, s. 58–59.

DZIELNICA	WODOCIĄG	POPULACJA	LICZBA ZMARŁYCH NA CHOLERĘ (NA 10 000 MIESZKAŃCÓW)
SOUTHWARK St. George the Martyr St. Olave's St. Saviour's	Southwark Waterworks	77 796	856 (110)
SOUTHWARK Christchurch	Lambeth Waterworks	13 705	35 (25)
LAMBETH	Lambeth Waterworks	87 854	337 (38)

Co zatem zrobić, aby pomóc udęczonej populacji Londynu? Na podstawie mapy i danych możemy podjąć decyzję, że to pompa B jest źródłem problemu, ponieważ na to wskazują dowody. Taki sposób podejmowania decyzji opisałibyśmy skrótem EBM (ang. *evidence-based medicine*, medycyna oparta na dowodach).

John Snow rzeczywiście zaapelował o usunięcie pompy. Dlaczego miała w sobie „skażoną” wodę? Do tego potrzeba było więcej informacji, epidemiolog sporządził zatem odpowiednią tabelkę. Weźmy pod uwagę liczbę zmarłych na cholere w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców oraz to, z którego wodociągu czerpano wodę do danej dzielnicy: Southwark Waterworks (110) oraz Lambeth Waterworks (25) i (38) (Tabela 1).

## PYTANIE 2

Jaki wniosek możemy wysnuć z wyżej podanych danych?

- (A) Southwark Waterworks ma zatrutą wodę.
- (B) Nie ma żadnego związku między dostawą wody a zachorowalnością na cholere.
- (C) Mieszkańcy czerpiący wodę z wodociągu Southwark Waterworks mają większe prawdopodobieństwo śmierci na cholere niż ci, którzy pobierają wodę z obszaru Lambeth Waterworks.
- (D) Lambeth Waterworks przesyła skażoną wodę.

**ODPOWIEDŹ:** Poprawna jest odpowiedź C.

Pozostałe odpowiedzi nie są prawidłowe, ponieważ nie opierają się na danych liczbowych. Nie można jednoznacznie stwierdzić, że jakaś firma jest winna, opierając się jedynie na informacji, że w jej obszarze dystrybucyjnym występuje pewne zjawisko.

Jak widać, znów bez uciekania się do wzorów czy nawet wyjmowania kalkulatora, można stwierdzić, że ludzie z terytorium Southwark Waterworks trzy razy częściej umierają na cholere niż ci korzystający z usług Lambeth Waterworks.

I takim sposobem rozwiązaliśmy pierwszą zagadkę epidemiologiczną! Dalsze dochodzenia doprowadziły do odkrycia, że Lambeth Waterworks przeniosło w owym czasie swój punkt poboru wody w górny odcinek Tamizy, który nie był zanieczyszczony zrzutami kanalizacji Londynu. Kilka lat później, w 1883 roku, Robert Koch odkrył właściwą przyczynę cholery – bakterię *Vibrio cholerae*, która znalazła sobie wylęgarnię w feralnej pompie przy Broad Street.

Wyobraźmy sobie następującą sytuację. Po usłyszeniu o tych doniesieniach jeden z polityków z lokalnej gminy przeczące powyższym ustaleniom dictum (treść przemowy znajduje się na następnej stronie w zielonej ramce).



## NOTA BENE

Nie martw się, jeśli źle odpowiedziałeś na pytanie. Pojawia się następne już niedługo!

„Szanowni Państwo!  
To niedorzeczne!!!  
Wskazywanie na  
uczciwych, wierzą-  
cych patriotów z  
Southwark Water-  
works jako winnych  
odpowiedzialnych  
wybuchu epidemii  
cholery jest dopraw-  
dy przerażające!!!  
Ta firma dostarcza  
wodę od lat, sam  
ją piję codziennie!  
A teraz autor tego  
studium twierdzi, że  
coś jest z nią nie tak?”

Zamknięcie sieci  
wodociągowej, jak  
zasugerowano,  
oznaczałoby utratę  
tysięcy miejsc pracy!  
Przeprowadziłem  
zatem badanie na  
własną rękę! Ludzie  
żyjący w Lambeth  
są ponad 9 razy  
bardziej narażeni na  
cholere niż żyjący w  
Christchurch [Zgony  
na cholere w Lam-  
beth (337) podzieli-  
łem przez zgony w  
Christchurch (35),  
co dało wynik 9.63].  
A przecież oba te  
obszary są zaopatry-  
wane przez Lambeth  
Waterworks! Więc  
to naprawdę nie  
robi żadnej różnicy,  
prawda? Dlaczego  
nie nawołuje się do  
o zamknięcia tamtej  
firmy!”

FIKCYJNA  
WYPOWIEDŹ  
POLITYKA

„Napływały na mnie  
kalejdoskopowe,  
fantastyczne obrazy,  
naprzemiennie, różno-  
rodnie, otwierając się, a  
następnie zamykając w  
kręgach i spiralach, eks-  
plodując w kolorowych  
fontannach, przesta-  
wiając się i łącząc w  
ciągłym ruchu.”  
(Hofmann, 2013)

W istocie, obliczenia polityka nie są błędne. Obliczenia statystyczne są oparte na tych samych danych liczbowych, które podał doktor Snow, a więc nie ma tu mowy o błędzie pomiarowym. Czy uda ci się wykryć statystyczny przekręt, który zastosował demagog?

### PYTANIE 3

Jakiej odpowiedzi należałoby udzielić politykowi?

- (A) Ma pan rację, przepraszam.
- (B) Lambeth Waterworks ma lepsze źródła wody niż Southwark Waterworks.
- (C) Eksperti statystyki potwierdzają, że to właśnie moje obliczenia są bezbłędne.
- (D) Wziął pan pod uwagę całkowitą liczbę przypadków śmiertelnych, a nie na 10 tys. populacji.

**ODPOWIEDŹ: Poprawna jest odpowiedź D.** Liczba mieszkańców w dwóch dzielnicach jest zupełnie różna, niż ta sama liczba 10 zgonów w małej wsi jest o wiele większym zjawiskiem niż te same 10 zgonów w wielomilionowym mieście.

Gratuluję! Brawurowo uporałeś się z kolejną zagadką i dostrzegłeś błąd statystyczny, który popełnił. Ale czy błąd obserwatora (kobiety z koszem z zakupami), czy fałszywe zestawienie danych liczbowych (w wykonaniu) to jedyne sztuczki w statystycznym instrumentarium?

Oczywiście, że nie. Zapraszam na więcej.

### PIĄTEK, 16 KWIETNIA 1943 ROKU

W samym środku zawieruchy drugiej wojny światowej, doktor Albert Hofmann eksperymentował z syntezą nowej substancji. Na dworze było ciemno, badaczowi w laboratorium minął kolejny pracowity dzień. Kolby, naczynia i tuby stały starannie ułożone na ławce. Dziennik naukowca oświetlał migotliwy płomień lampy naftowej. Z minuty na minutę pod wpływem zmęczenia, nieganne pismo szwajcarskiego chemika zmieniło się w niezgrabne, nieczytelne gryzmoły. Doktor Hofmann nie mógł już utrzymać długopisu. Świat zaczął się szaleńczo wirować, a głowa naukowca stawała się coraz cięższa.

– Muszę natychmiast zabezpieczyć laboratorium! – pomyślał, mobilizując resztki świadomości. Wyjął klucze z kieszeni, zbliżył się do wyjścia i starał się wcelować je w zamek drzwi. Ucieszył się, że mechanizm zaszczekał, a zasuwa opuściła się na miejsce. Powoli i nieuchronnie tracąc panowanie nad władzami umysłowymi, chemik ruszył w stronę do domu, aby wreszcie się położyć spać. Z każdym krokiem coraz bardziej opanowywało go w niezwykle przyjemne odurzenie. W stanie podobnym do snu widział fantastyczne obrazy, niezwykle kształty, z intensywną, kalejdoskopową wręcz grą kolorów.

Dziennik naukowca zawiera bardzo żywy opis doznań związanych z LSD (zielone tło na dole strony). Doktor Hofmann był pierwszym, który zsyntetyzował substancję w laboratorium. Do dziś dietyloamid kwasu lizergowego jest uważany za najbardziej halucynogenny związek znany człowiekowi.

Ze względu na jego szczególne cechy wielu sugerowało, że powinien być stosowany w leczeniu lęku, uzależnienia od alkoholu i tytoniu, depresji opornej na leczenie i wielu innych chorób psychicznych.

Gasser i współpracownicy postanowili zbadać, czy LSD mogłoby sprawdzić się jako lek rozluźniający u chorych z lękami spowodowanymi zagrożeniem życia (Gasser et al., 2014).

### Jak można zbadać prawdziwość tej hipotezy?

Wymienieni naukowcy postanowili przeprowadzić badanie za pomocą złotego standardu medycyny opartej na dowodach: randomizowanego kontrolowanego badania klinicznego (ang. *randomized controlled trial*, RCT).

Na czym polega takie badanie? W najprostszym postaci rekrutuje się chętnych do wzięcia udziału w eksperymencie, następnie dzieli się ich na dwie grupy: jedna otrzymuje interwencję (np. badany lek), a druga kontrolę (np. placebo – lek, który jest identyczny z interwencyjnym, ale nie zawiera substancji czynnej; może to być zwykła tabletką z cukrem).

Dlaczego tak ważne jest stosowanie grupy kontrolnej, np. z placebo? **My, ludzie, jesteśmy bardzo podatni na sugestie.** Efekt placebo jest niezwykle silny. Ludzie myślący, że biorą tabletkę przeciwbólową (tak naprawdę jedząc jedynie cukier), przestają czuć długotrwały ból. Efekt placebo można osiągnąć, stosując kolor do barwienia tabletek (niektóre kolory są bardziej sugestywne, działają więc lepiej na depresję, lęki), różne formy leku („lek” dożylny lepiej leczy niż w tabletkach) czy dzięki podejściu – efekt placebo widzimy przecież nawet u dzieci, niemowląt czy zwierząt (Goldacre, 2008)!

Co ciekawe, w niektórych badaniach, po zakończeniu prac, pacjenci dalej proszą o podawanie im leku placebo, bo twierdzą, że nic im tak nie pomagało na ich dolegliwości (Kaptchuk et al., 2010). Nawet jeśli im się uświadomi, że brali tylko wodę z solą!

Uważny czytelnik zaalarmuje: jeśli wiara pacjenta w działanie leku jest tak silna, to przecież jeśli będzie wiedział o tym, że dostaje obojętną substancję, to nie odczuje żadnych efektów!

Oczywiście. Dlatego też tak ważna jest nieświadomość pacjenta. Odbiorca leku nie może

wiedzieć, czy bierze czynną dawkę, czy placebo. Jak przydzielić odpowiednio osoby do grupy kontrolnej/interwencyjnej? Najlepiej, jeśli zrobi to losowanie (stąd „randomizacja”). W praktyce klinicznej rekruter najczęściej generuje kod komputerowy, który przydzielany jest ochotnikowi.

Dzięki systemowi losowemu unikamy sytuacji, w której rekruter specjalnie przydziela kogoś do danej grupy, na przykład dlatego, że wierzy, że testowany lek pomoże jego ulubionej pacjentce na nieuleczalną chorobę Huntingtona. To niechybnie zaburzyłoby wyniki badań przez nierówność grup. Taka metoda to **podwójne zaślepienie**.

Najlepiej jeszcze, jeśli trzecia osoba, czyli ta, która ocenia, jak lek działa, również nie wie, czy leczony pobiera substancję aktywną czy kontrolę. Dzięki temu ocena medyka będzie niezależna od jej/jego opinii na temat leku. Taka metoda to **potrójne zaślepienie**. Na samym końcu, po zamknięciu badania, następuje łamanie kodu. Naukowcy sprawdzają wtedy wyniki w dwóch grupach i wyciągają wnioski liczbowe na temat działania leku.

**Spójrzmy zatem na wyniki badania (Tabela 2).**

#### PYTANIE 4

Co możemy wysnuć z liczby uczestników badania (aktywna = 8), (placebo = 3)?

- (A) Grupy placebo i aktywna są nierówne, eksperyment jest więc bez sensu
- (B) W eksperymencie wzięła udział zbyt mała liczba ochotników, jest więc bez sensu.
- (C) Trudno będzie wysnuć wnioski, ponieważ w grupie placebo były jedynie trzy osoby.
- (D) Jest OK.  $8 + 3 = 11$ , powinno więc zadziałać.

**ODPOWIEDŹ: Poprawna jest odpowiedź C.**

A. Nie zawsze równość jest wymagana. Czasami jakaś interwencja wymaga udziału większej liczby badanych, aby sprawdzić, czy na kimś zadziała.

#### TABELA 2

Liczba punktów uzyskanych w skali STAI u pacjentów z grupy aktywnej (z LSD) i placebo na etapie zerowego i drugiego miesiąca (dane z Gasser et al., 2014)

LSD		PLACEBO	
0 miesięcy	2 miesiące	0 miesięcy	2 miesiące
53,1 (SD 4,7)	41,5 (SD 3,2)	47,7 (SD 7,7)	51,7 (SD 5,3)

Zawsze należy być ostrożnym przy badaniu małej liczby osób, ze względu na potencjalne różnice w wynikach. Nie znaczy to, że eksperyment jest bez sensu; może dostarczyć ważnych danych o leku bądź być przyczynkiem do dalszych badań.

Zinterpretujemy zatem powyższe zestawienie tabelaryczne. Do tego potrzebne jest zrozumienie kilku narzędzi matematycznych, które poznaliśmy w szkole podstawowej.

Dla przypomnienia (rycina u dołu strony):

**Średnia (mean/average)** to suma wszystkich wartości podzielona przez ich ilość. To narzędzie podaje nam prostą wartość do wizualizacji danych, np.: średnia z 0, 1, 2, 3, 4 to  $(0 + 1 + 2 + 3 + 4) / 5$  [ilość wartości] czyli 2.

**Odchylenie standardowe (standard deviation, SD)** to pomiar zmienności danych. Pokazuje, jak bardzo dane są rozrzucone w zbiorze danych. Dwie identycznie średnie mogą wywodzić się ze zgoła różnych baz danych, tak jak pokazano w przykładzie poniżej.

Zobaczymy, jakie wyniki naukowcy uzyskali po dwóch miesiącach badań (tabela 2). W grupie aktywnej nastąpił spadek do 41,5 (+/- 3,2) [poprzednio 53,1 (+/- 4,7)]. W grupie placebo zanotowano wzrost do 51,7 (+/- 5,3) [poprzednio 47,7 (+/- 7,7)].

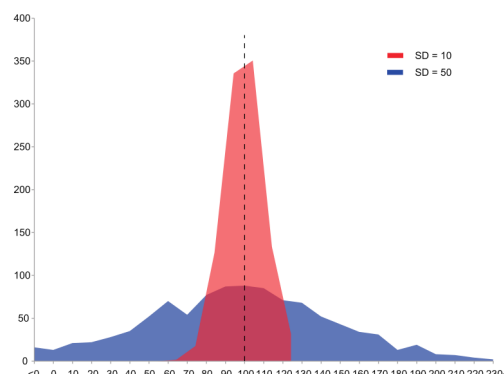
Jak widać w badaniu Gassera et al., w grupie z aktywnym LSD średnia jest większa aniżeli w grupie kontrolnej.

„Świetnie! To znaczy, że LSD działa!”, zawołamy entuzjastycznie. Jeśli jednak przedstawimy sobie graficznie odchylenia standardowe, to różnice te nie będą już tak oczywiste. Skąd będziemy wiedzieć, czy różnica rzeczywiście istnieje?

Statystyka dostarcza na szczęście sposoby rozwiązania tego problemu. Nazywamy je **testami statystycznymi**. Testy statystyczne to skomplikowane, ale niezwykle eleganckie narzędzia, które użyteczne są w sprawdzaniu hipotez. Wybór odpowiedniego testu oraz przygotowanie i przetestowanie danych, aby spełniały wymagania progowe zostawiam czytelnikom, którzy będą prowadzili badania.

Każdy test statystyczny ma swoją **hipotezę zerową**, tj. twierdzenie, które przyjmemy lub odrzucimy na podstawie wyników. Nasze twierdzenie to:

**Nie ma żadnej różnicy w wynikach średniej między grupą placebo a aktywną (z użyciem LSD).**



#### NOTA BENE

Przydatne linki do czytania i szukania artykułów z medycyny opartej na dowodach:

- Cochrane Library (cochranelibrary.com).
- PubMed („Reviews” do przeglądów).
- Wytyczne i opracowania lekowe NICE (NICE.org.uk).
- Clinical Knowledge Summaries (cks.nice.org.uk).
- Publikacje Polskiego Instytutu EBm (PIEBM, ebm.org.pl).
- Medycyna Praktyczna (przygotowane wg EBm, mp.pl).

#### WYKRES 1

Wykres pokazuje dwa zbiory – czerwony i niebieski mają identyczne średnie, a wyglądają zupełnie inaczej; czerwony będzie miał bardzo małe rozrzucone danych (tj. małe odchylenie standardowe), a niebieski bardzo duże (tj. duże odchylenie standardowe). Źródło: Wikimedia.





## ILUSTRACJA 2

Obraz przedstawia wykład neurologii prof. Jeana-Martina Charcota.



### PRZYKŁADY PLACEBO

- Tabletki ze skrobią ziemniaczaną niwelują objawy zaburzenia erekcji o 1/3 (de Araujo et al., 2009).
- Placebo zmniejsza częstość objawów zapalenia jelita drażliwego o nawet 71,4% (Patel et al., 2005).
- U 19% epileptyków napady zmniejszają się o przynajmniej połowę po podaniu placebo (Niklson et al., 2006).
- 85% działania lekarstwa na kaszel to samo przeświadczenie, że coś się pije (Eccles, 2002).

Wyniki testów statystycznych mogą być prezentowane w różny sposób. Dla przykładu skupmy się na wartości  $p$ . Jest to określone w procentach prawdopodobieństwo, że to, co test wykazał, wynika jedynie ze zrzędzenia losu, a nie z konkretnych danych czy obserwacji. Autorzy dobrali odpowiedni dla małych danych test i obliczyli, że  $p$  wynosi 0,021. A to, w przełożeniu na język ludzki, oznacza, że:

*Istnieje 2,1% (0,021) prawdopodobieństwa, że korzystne działanie LSD na obniżenie lęku u osób z zagrożeniem życia, prawdopodobieństwa STAI po dwóch miesiącach, wynikało ze zrzędzenia losu, a w rzeczywistości nie występuje.*

Nie mówimy tutaj o „prawdzie” czy „fałszu”. Rozprawiamy jedynie o obserwowanej rzeczywistości vs. prawdopodobieństwie. Czy 2,1% to odpowiednia dla Ciebie wartość? Zależy; możemy to przedstawić jako 97,9% (100% – 2,1%) przekonania, że wynik został uzyskany przez rzeczywistą obserwację. Czy to wystarczy, aby podjąć kliniczną decyzję?

Być może. Tu statystyka nam nie pomoże. Interpretacja wyników badań winna być dokonywana na własną odpowiedzialność i w porozumieniu z pacjentem, po odpowiednim przedstawieniu danych. „Ale to nie wystarczy!!!”, zaprotestuje niejedyn student. „Przecież kiedyś musimy podjąć jakąś decyzję!”

Zazwyczaj przyjmuje się, że jeśli mamy pewność przynajmniej na poziomie 95%, wynik uznajemy za statystycznie istotny. Większość ludzi uważa, niestety, że taki wynik świadczy o tym, iż badanie „wyszło” lub, co jeszcze gorsze, że mówi „prawdę”. Idąc tym tropem, jeśli mamy pewność równą 95,1%, że LSD rzeczywiście pomaga na wspomniane zaburzenie, to znaczy, że zaiste pomaga („mówi prawdę”) i należy je podawać wszystkim pacjentom. A jeśli zaś pewność wynosiłaby 94,9%, to znaczy, że już „nie pomaga”, badanie „nie wyszło” („mówi nieprawdę”) i kategorię nie wolno leku stosować. A mówimy tu przecież o różnicy 0,2 punktu procentowego!

Takie binarne, czarno-białe postrzeganie nauki jest w mojej opinii plagą we współczesnej medycynie. Pozostaje jeszcze pytanie czy średnia różnica punktów, to znaczy: 41,5 vs. 51,7, w skali STAI przekona naszych pacjentów i nas samych, że warto brać LSD, aby uzyskać taki wynik po dwóch miesiącach. Na koniec tego wywodu pragnę podkreślić, że samo badanie ma o wiele więcej słabych stron metodologicznych, które, z uwagi na formę podręcznika, nie będą tutaj omówione.

Ponadto wysnute wyżej wnioski mogą być dość łatwo podważone badaniami większej grupy badanych, w myśl zasady, że im większa populacja została przebadana, tym trudniej zakwestionować wyniki tego badania badaniem mniejszej grupy.

Zapraszam teraz na ostatnią już w tym rozdziale podróż. Tym razem do oświeconej Francji, wprost do pomieszczenia, w którym zebrała się grupa geniuszy ówczesnej neurologii...

### SZPITAL SALPÊTRIÈRE, PARYŻ, 1887 ROK

W sali wykładowej odbywało się niezwykle sympozjum neurologicznych mistrzów tamtych czasów: Jean-Martin Charcot, w towarzystwie Josepha Babińskiego, Pierre’a Marie, Georges’a Gilles’a de la Tourette’a i innych odkrywców słynnych zaburzeń neurologicznych. Wszyscy z zapytaniem obserwowali dziwaczne zjawisko.

– Panowie – zaczął Napoleon nerwicy – może wicie, że początkowo uważałem, że histeria to zaburzenie neurologiczne, które może być odziedziczoną wadą systemów nerwowych. Ale teraz doszedłem do wniosku, że histeria, czyli nienasycona epilepsja hysterii, jest tak naprawdę chorobą psychiczną!

– Szmer aprobaty rozszedł się wśród zebranych na konsylium lekarzy.

Charcot przygotował instrumenty, a następnie zademonstrował nowy sposób leczenia: cudowną hipnoterapię! Przybliżył się do pacjentki, „Blanche” (Marie) Wittman, którą paryskie brukowce ogłosiły „Królową histeryczek”.

Lekarz rozpoczął niezwykle skomplikowaną procedurę. Kobieta wpadła w trans i przyjęła pozycję łuku lub, jak wtedy mówiono, „klasyczną posturę histeryczną”, taką samą, jaką przedstawiał rysunek na tylniej ścianie auli.

Babiński szybko chwycił kobietę, aby nie potłuła się o podłogę, gdy wielki Charcot demonstrował kolejne arkana jego leczenia. Obok na stole leżały przedmioty mistrzowskiego instrumentarium: młotek odruchowy i to, co jest uważane za aparat do elektroterapii Guillaume’a Duchenne’a.

Demonstracja odbyła się w 1887 roku. Mimo upływu kilkunastu dekad zwolennicy hipnoterapii nadal uważają, że zaprezentowana przez



### NOTA BENE

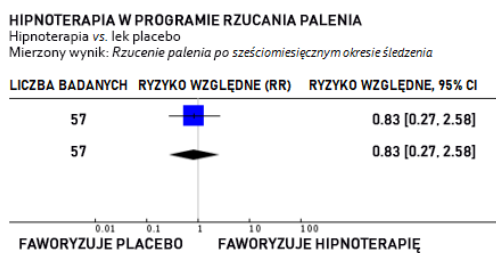
- RR większy od 1 wspiera leczenie (tutaj: hipnoterapię).
- RR mniejszy od 1 wspiera kontrolę (tutaj: placebo).
- RR równy 1 to wartość neutralna; znaczy, że nie ma różnicy pomiędzy jednym a drugim.

Charcota metoda jest prawidłową i skuteczną formą leczenia wielu zaburzeń neurologicznych i psychiatrycznych. Z powodzeniem praktykowana jest przez sztukmistrzów medycyny alternatywnej, mimo że wobec tego podejścia zgłasza się obecnie wiele krytycznych opinii, podobnie zresztą jak to było w XIX wieku.

Jaka jest zatem odpowiedź na te umysłowe paroksyzmy i herzklekoty? Czy hipnoterapia to właściwe leczenie? Czy ona w ogóle działa? Czy należy ją stosować w leczeniu pacjentów w szpitalu i czy rzeczywiście powinno się ją oferować w ramach NFZ? Przyjrzyjmy się dowodom...

Tym razem do rozwiązania zagadki użyjemy studiów najcięższego kalibru: metaanaliz. Te zaawansowane badania są syntezą całej dostępnej wiedzy na dany temat. Uczni studiują literaturę przedmiotu metodycznie i cierpliwie, aby na końcu zebrać wszystkie dane z przeprowadzonych wcześniej badań. Wszystkie zgromadzone wyniki analizuje się ponownie pod kątem rozpatrywanych kwestii, czy są za czy przeciw jakimś twierdzeniom badaczy. Oczywiście badanie badaniu nierówne, siła rażenia czy moc głosu, który podnoszą autorzy badań w prowadzonej debacie, zależy więc od dokładności badania i od liczby ochotników, którzy wzięli w nich udział.

Wyniki takiego badania często przedstawia się na łatwym do zrozumienia wykresie, zwanym **blobbogramem** lub **diagramem Fostera**. Spójrzmy na najprostszy przykład takiego zestawienia (obrazuje wyniki tylko jednego badania).



Wyniki badań ustawiono po dwóch stronach barykadę: po lewej popierające placebo, po prawej popierające hipnoterapię. Wykres przedstawia również liczbę osób, które wzięły udział w badaniu.

Co to jest współczynnik ryzyka (RR, ang. *risk ratio*)? Jest to liczba, która wskazuje, jak bardzo zwiększone (lub zmniejszone!) jest ryzyko otrzymania danego efektu. Zaznaczamy ją jako poziomą kreskę przechodzącą przez niebieski kwadrat. Diament znajdujący się poniżej na wykresie pokazuje „werdykt”, tj. summaryczne zestawienie wszystkich dowodów.

Zacznijmy od interpretacji samego RR; wynosi ono 0.83 (czyli mniej niż 1). Już sam ten wy-



### ILUSTRACJA 3

Fotografie póź historycznych w leczeniu Charcot.

nik może oznaczać, że grupa placebo jest lepsza niż hipnoterapia. Dokładnie o 17% jest bardziej prawdopodobne, że osoby, które biorą lek placebo będą wolne od papierosów po sześciu miesiącach (skąd 17%?  $RR = 0,83$ , liczymy odległość od miejsca neutralnego „1”, tj. zerowy efekt:  $1 - 0,83 = 0,17$ ;  $100\% - 83\% = 17\%$ )

Świetnie! Powiedzieliby przeciwnicy hipnoterapii i chwytając się kurczowo tego wyniku, ogłosiliby zwycięstwo: **hipnoterapia nie działa!**

Nie tak prędko, powiedzą zaś zwolennicy precyzji statystycznej. Najsampierw popatrzmy na przedział ufności! Przedział ufności wskazuje na to, że mamy pewność na poziomie 95%, iż właściwa (tj. prawdziwa) wartość badanego wyniku mieści się gdzieś między dwoma wartościami. W tym wypadku, 95% CI (ang. *95% confidence interval*) wynosi [0.27 – 2.58]. Oznacza to, że jesteśmy na 95% pewni, że prawdziwa wartość współczynnika ryzyka mieści się między 0.27 (sprzyja placebo) a 2.58 (sprzyja hipnoterapii).

Ale jak to??? Przecież to oznacza dwie rzeczy: skoro wartość prawdziwa mieści się gdzieś w tym przedziale, to mamy 95% pewności, że hipnoterapia nie działa, działa i jeszcze nie ma żadnej różnicy?! Przecież to jak nie mieć pewności w ogóle!

W istocie badanie przechodzi przez całe spektrum decyzji... Wynika to ze studium opublikowanego przez Fee i współpracowników w 1977 roku. Wynik badania nie ma wystarczającej mocy, aby można było na jego podstawie wnioskować, że jest za, przeciw czy wstrzymuje się od głosu. Na dodatek test całkowitego efektu wykazał wartość  $p = 0,75$ .

### Czy hipnoterapia pomaga w rzuceniu palenia?

*Z dostępnych badań wynika, że biorąc lek placebo mamy o 17% większe szanse na uwolnienie się od papierosów po sześciu miesiącach, niż gdybyśmy byli poddawani hipnoterapii. Jesteśmy jednak pewni na 95%, że prawdziwa wartość tego ryzyka mieści się gdzieś pomiędzy sprzyjaniem placebo, brakiem różnicy a popieraniem leczenia. Na podstawie obliczeń autorów można wnioskować, że na z obliczeń autorów, na 75% wynik ten powstał jako zrządzenie losu, a nie wskutek prawdziwej obserwacji.*

Jeśli zestawimy te wszystkie informacje w głowie, werdykt nie jest już taki pewny, jak się wyda-



### PLACEBO W CHIRURGII

Zabieg chirurgiczny przedstawiany jako „nowy”, „kosztowny” lub „inwazyjny” ma większą szansę na wyleczenie chorego. Badania pokazują, że nawet u 74% pacjentów zanotowano polepszenie objawów, mimo że chirurg, np. tylko udawał, że wykonuje operację. Ponad połowa badanych zabiegów nie okazała się wcale lepsza od placebo. Przeanalizowane interwencje to m.in. leczenie endometriozy, migren, choroby Parkinsona czy krwawienia układu pokarmowego (Wartolowska et al., 2014).



### POPULARNE ZABIEGI

Nawet tak popularne zabiegi, jak podawanie sterydów do kolan przy zapaleniu stawu czy naprawcza artroskopia po zerwaniu łąkotki kolana, nie mają przynoszą lepszych skutków dla zdrowia niż placebo (McAlindon et al., 2017; Thorlund, 2017). Pojawia się pytanie etyczne: czy warto stosować placebo? Z jednej strony jego zastosowanie naraża chorego na te same (choć czasami mniejsze!) efekty uboczne niż „prawdziwe” leczenie. Z drugiej strony gwarantuje przecież rzeczywiste polepszenie stanu zdrowia! Jedno jest pewne, każda nowa interwencja powinna być porównana z placebo.



## SCHEMAT 1

Piramida jakości dowodów.

Najwyżej znajduje się najbardziej godne zaufania źródło, czyli metaanalizy (MA). Są one zestawieniem wielu badań naukowych z oceną ich jakości. Badania RCT zawierają grupę eksperymentalną i kontrolną, do których losowo przydziela się uczestników (np. nowy lek vs. placebo). Badania kohortowe przewidują podzielenie badanej populacji na grupy i śledzenie zmian w nich zachodzących (np. wyniki prześwietlenia klatki piersiowej co sześć miesięcy u chorych na raka vs. zdrowych pacjentów). Studia kliniczno-kontrolne są użyteczne w rzadkich przypadkach, kiedy do wyselekcjonowanej grupy z chorobą „dobiera się” losowo osoby zdrowe (np. 10 osób z zespołem Ekboma porównuje się z 10 osobami z listy deklaracji przychodni lekarza rodzinnego). Serie przypadków i raporty to artykuły opisujące przebieg zaburzenia danego chorego (lub chorych) (np. niecodzienny przebieg leczenia olanzapiną u pacjenta XY). Najniżej znajdują się opinie i ekspertyzy jako najmniej obiektywne.



wał na początku, kiedy wskoczyliśmy na wagon antyhipnotyczny, wymachując flagą z hasłem  $RR = 0,83$ . W rzeczywistości badanie nie daje jednoznacznych dowodów i nie można wydać pewnego wyroku za lub przeciw hipnoterapii.

Gratulacje! To już koniec szybkiego kursu z dziedziny epidemiologii, statystyki i medycyny opartej na dowodach. Oczywiście, pozostaje jeszcze dużo różnych bardziej skomplikowanych aspektów tych nauk. Moim celem było przedstawienie ich w formie skróconej i użytkowej. Uzbrojeni w to instrumentarium możemy ruszyć w dalszą podróż... **Dla chętnych, podsumowanie początkowej rozmowy:**

Sam wynik  $p$  wskazuje jedynie, jakie jest prawdopodobieństwo, że dana wartość jest uzyskana przez zrządzenie losu; nie stanowi dowodu na to, czy badanie „wyszło”, czy to prawda, czy fałsz. Ustalanie statystycznej istotności na arbitralnym poziomie (np.  $< 0,05$ ) może być użyteczne, ale nie mówi nic o klinicznej istotności badania.

Odpowiednio spreparowane dane zawsze doprowadzą nas do  $p < 0,05$ , tylko musimy sformułować odpowiednie pytanie. Należy najpierw pomyśleć o hipotezie, która nas interesuje klinicznie. Zmiany w parametrach muszą przekonywać nas do podjęcia jakiejś decyzji. Jeśli wyniki naszego własnego badania będą dla nas samych nieprzekonujące, to trudno będzie przekonać do nich innych. Na nic się zdadzą statystyczne sztuczki, ujęcia procentowe, logarytmiczne, wykresy etc.

### JAK KŁAMAĆ ZA POMOCĄ STATYSTYKI – PORADNIK

1. Nie stosuj kryteriów Consort (międzynarodowych standardów prowadzenia badań naukowych). Nie informuj o przyjętym przez Ciebie protokole badań, o tym, co było przedmiotem Twoich poszukiwań, i do jakich wniosków Cię one doprowadziły. Jeśli w Twojej publikacji nie znajdziesz się nic kompromitującego, nikt Ci niczego nie zarzuci.

2. Rób mnóstwo testów statystycznych, ale opublikuj tylko ten, który „wyszedł”. Nieważne, czy ma jakiś sens kliniczny czy nie. Wrzuć wszystkie dane do Excela czy SPSS, zrób wszystkie możliwe

testy i sprawdź, w którym wychodzi  $p < 0,05$ . Twój lek nie działa w żadnym zakresie, ale np. zmniejsza długość biegunki o cztery minuty w grupie badanych kobiet w wieku 45–48 lat zamieszkałych w Timbuktu? Świetnie, napisz, że właśnie o to Ci chodziło!

3. Zatrzymaj badanie, kiedy tylko wyjdzie coś pozytywnego. Lek działa przez cztery dni? Cudownie, nie chcemy przecież, żeby okazało się, że po tygodniu daje jakieś dziwne efekty uboczne, prawda?

4. Dobieraj pacjentów i grupę kontrolną odpowiednio. Chcesz pokazać dużą różnicę w pomiarze objawów neurologicznych? Wyselekcjonuj dwudziestoparoletnich studentów i porównaj ich wyniki z wynikami dziewięćdziesięcioletnich staruszek z chorobą Parkinsona. Będzie różnica? Ach i to jeszcze jaka! Chcemy mieć piękne wykresy, bez zakłóceń innych chorób wieku starczego. Porównywanie podobnych kategorii to przeżytek! A! Nie zapomnij, aby lek, z którym porównujesz, dać w końskich dawkach. Może nie będzie różnicy w działaniu na konkretną dolegliwość, ale za to tak da kontrolom popalić efektami ubocznymi, że twój lek zawsze będzie wyglądał lepiej!

5. Manipuluj danymi. Powiedzmy ładniej: dokonuj ich transformacji. Lekarze i tak nie rozumieją statystyki, użyj więc nieodpowiednich testów, np. takich, które zawsze wychodzą pozytywnie w małych grupach (mimo że nie powinno się ich stosować). A jak to nie działa, to wyciągnij pierwiastek kwadratowy z logarytmu naturalnego co drugiej średniej, pomnóż uzyskany wynik przez tyle, ile wynosi roczna produkcja gumowych kaloszy, i skasuj wszystkie punkty, które są większe niż wynosi długość od długości Wisły podzielona przez medianę prędkości barek na Odrze. Wytłumacz potem, że była to „pragmatyczna transformacja danych”. Coś tam może wyjdzie...

6. OK, dobrałeś odpowiednio nieporównywalne grupy, zataiłeś protokoły, zrobiłeś 154 testy (nie przesadam, niektóre studia robią właśnie tyle!), przerwałeś badania lub przedłużałeś je w nieskończoność, licząc na cud drgnięcia statystycznego i ciągle nic?

OK, to po prostu plagiuj, fałszuj badania, duplikuj pozytywne wyniki i kasuj grupy kontrolne. Przecież chodzi tylko o pieczęć i punkty ministerialne! A jak taką metodą wyjdzie, że marihuana „działa” na dzieci z białaczką, to kto odważy się krytykować dzielnego lekarza??? Na pewno ktoś, kto nienawidzi dzieci (patrz: erystyka)!

7. Jeśli jednak nikt w czasopismach międzynarodowych nie chce przyjąć Twojego badania, a nawet kolega po fachu nie zdołał go „popchnąć” jako rozdziału w swojej książce (wszak do takiego nie przycepią się wredni recenzenci), opublikuj



#### NOTA BENE

Consort to system kryteriów używanych w publikowanych badaniach. Kryteria te ustalono do weryfikowania, czy dane badanie zostało przeprowadzone zgodnie z metodologią. Lista obecnie obowiązujących kryteriów znajduje się na: <http://www.consort-statement.org>. Niestety, nawet najbardziej prestiżowe czasopisma nie zawsze je stosują (Goldarce et al., 2019).

to sam i koniecznie bez podawania źródeł czy recenzji. Niech po prostu uwierzą ci na słowo, a potem bezmyślnie cytują!

8. Stosuj *cherry picking*, tj. wybieraj tylko te dowody, które wspierają twoją teorię, nawet jeśli są gorszej jakości i mają mniejszą moc statystyczną.

9. Stosuj erystykę we wszystkich odpowiedziach i analizach (patrz dalej).

10. Myl korelację z przyczynowością. Istnieje dużo zjawisk, które pięknie ze sobą korelują. Oczywiście, bez dokładnego wytłumaczenia. Strona <https://tylervigen.com/spurious-correlations> podaje wiele ciekawych przykładów, np. liczba osób, która utonęła w basenie, znakomicie koreluje się z liczbą filmowych kreacji Nicholasa Cage'a. Przypadek?

11. Stosuj przesadzoną i niewłaściwą generalizację. Najlepszym sposobem jest prezentowanie wniosków z wyników badań na myszy w przypadku ludzkich problemów. Jeśli myszy, które jedzą marchewkę mają lepszą pamięć w labiryncie, to z pewnością i u ludzi powtrzymają Alzheimera!

12. Jeśli masz dobrą pozycję na uczelni, np. trzymasz klucze do laboratorium, żądaj, aby każdy, kto go używa, wpisał Twoje nazwisko jako współautora jego artykułów naukowych i badań. Jeśli zajdzie potrzeba, bo mimo Twoich wyraźnych instrukcji, nie będą Cię dopisywać, szantażuj studentów, że nie dasz im stypendium naukowego czy nie uznasz doktoratu. Potem twórz cytowane matryoski: Ty cytujesz kolegów i koleżanki, oni Ciebie. Karuzela akademicka rozkręca się, a ministerstwo sypie granty. Nieważne, czy to coś wnosi! Przecież tu nie chodzi o naukę.

*Metodą naukową, to ja się,  
proszę Szanownego Kolegi, nie najem!  
Co? Mam te EBM-y do garnka włożyć?*

Stwierdził lekarz rezydent, doktorant,  
Uniwersytet Medyczny w Poznaniu.

## ERYSTYKA I ARGUMENTACJA POZAMERYTORYCZNA

Udało Ci się skłamać za pomocą statystyki, teraz czas na obronę twoich badań. Jak to zrobić, aby wyjść zwycięsko z każdej dyskusji? To proste, stosuj erystykę lub jakąkolwiek inną technikę argumentacji pozamerytorycznej. Kilka przykładów poniżej.

### 1. AUTORYTET (*argumentum ad verecundiam*)

Pierwszy sposób polega na tym, aby odwołać się do czegoś lub kogoś, kto cieszy się powszechną aprobatą. W obronie stosuj to jako unik przed podaniem dowodów, np.:

*Moje badania popiera przecież profesor Ik-*

*siński, który walczył w powstaniu warszawskim. Chyba nie podważa pan autorytetu tak zasłużonego patrioty?*

W ataku używaj autorytetu, by podważyć dowody.

*No tak, a przecież doktor Igrękowski wyleczył wiele dzieci tą metodą... To chyba ma większą wiedzę niż te twoje cyferki...*

### 2. RÓWNIA POCHYŁA (*reductio ad absurdum*)

To bardzo popularna metoda, w której każdy argument jest przedstawiany jako nieuchronny pierwszy krok do wręcz absurdalnie dramatycznej konsekwencji.

*Dzisiaj mamy aborcję na życzenie, za chwilę możemy mieć eutanazję dzieci!*

Można też połączyć dwa niezwiązane fakty:

*Twierdzisz w swojej publikacji, że trzeba pozwalać dzieciom grać w strzelanki na komputerze. No tak, na wszystko! A jutro wyrwocą kosz na głowę nauczyciela.*

### 3. CZŁOWIEK (*argumentum ad hominem*)

Zaatakuj osobę, a nie jej argumentację, tezę czy pracę. Uwaga, ten sposób może działać w obie strony! Jeśli ktoś kontestuje Twoje badania, potraktuj to jako atak na siebie.

*Co ty możesz wiedzieć o leczeniu zwyrodnienia stawów? Ile osób w swoim życiu wyleczyłeś ze złamań kości? Czy tylko siedzisz w swoim laboratorium i badasz wszystko w komputerze?!*

Lub zadaj pytanie z innej dziedziny wiedzy, aby skompromitować przeciwnika:

– *Widzę, że ma pan tu świetne badania o chorobie Parkinsona... a ile wynosi długość kręgosłupa człowieka?*

– *Nie wiem... musiałbym to sprawdzić.*

– *Ach nie wie pan?! No, to jak się pan nie zna, to jak mamy wierzyć w cokolwiek, co Pan mówi?!*

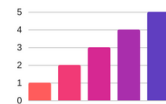
Zasugeruj ukryte interesy:

– *Czy brałeś pod uwagę zmienne zakłócające w swoim badaniu?*

– *Wiem, że nie podoba ci się wszystko, co robię. Mógłbyś mnie przestać atakować? To, że coś nie jest zrobione po twojemu, nie znaczy od razu, że jest gorsze.*

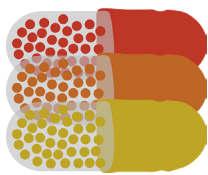
Wykorzystaj jakiś wspólny pogląd:

*Jeśli ci niby tak zależy na dzieciach z białczą, to czemu mnie krytykujesz?*



**A DOWODZIK JEST?**  
KAMPANIA INFORMACYJNA

Logotyp inicjatywy „A dowodzik jest?” Kampania prowadzi stronę, na której udostępnia się wiele ciekawych treści naukowych, w tym poradniki, jak rozpoznać dobre dowody naukowe: <http://mala-psychologia.eu/kampania-a-dowodzik-jest/>



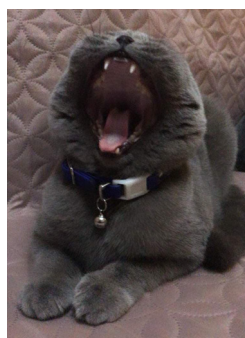
Kapsułki z placebo mogą mieć różne kolory i w zależności od tego różnie wpływać na pacjenta. Chorzy biorący kapsułki w kolorze żółtym, czerwonym lub pomarańczowym zgłaszają ich stymulujące i pobudzające działanie.



Kapsułki w zielonym lub niebieskim kolorze działają lepiej na uspokojenie (de Craen et al., 1996).



W badaniach można używać kalkulatora liczb losowych lub stosować proste algorytmy komputerowe. Niemniej użycie uroczego kotka sprzyja rozpowszechnianiu wyniku studium. Na zdjęciach Lemurek, kot jednego z autorów.



#### 4. PUBLICZNOŚĆ (*argumentum ad populum*)

Wykorzystuj instynkty i stereotypy. Zasugeruj, że jesteś trybunem ludowym, który sprzeciwia się wrednemu napastnikowi.

*Mówisz tak o statystykach łotewskiej neurochirurgii, a dobrze się mówi o niej, że to jedna z najlepszych w Europie...  
Moje koleżanki bardzo sobie chwalą...*

Inny przykład:

*Przecież już od dawna w medycynie stosuje się ten lek. Chyba nie bez powodu?!  
Wiele osób twierdzi, że to im po prostu pomaga, czemu więc mamy przestać używać tej terapii po jakichś badaniach naukowych?*

#### 5. PRZECIWNIK (*argumentum ad personam*)

Jeśli widzisz, że przegrywasz dyskusję, zaatakuj przeciwnika nie tylko pozamerytorycznie, ale i grubiańsko, np.:

*Nie rozmawiam z Panią, bo z głupkami nie ma sensu rozmawiać!*

albo:

*Nie można wdawać się w rozmowy z prawicowymi ksenofobami, homofobami i rasistami. Tę partię trzeba otoczyć kordonem sanitarnym!*

#### 6. TO NICZEGO NIE DOWODZI! (*argumentum ad ignorantiam*)

Nie ma dowodów, które samoczynnie kładłyby kres jakiegokolwiek argumentacji. Trzeba operować niepewnością i testami prawdopodobieństwa. Dowody posiłkowe (zwłaszcza pojedyncze) nie przesądzą o winie lub niewinności, ale mogą, wzięte razem, zaświadczać o winie ponad wszelką wątpliwość.

– *To badanie niczego nie dowodzi!*

– *Podałem ci studia RCT, metaanalizy, wiele badań obserwacyjnych...*

– *Ale to i tak nie dowodzi, że szczepionki nie powodują autyzmu!*

– *Dowodzi ponad wszelką wątpliwość.*

– *Ale jest możliwość, że nie dowodzi?*

– *Zawsze jest takie prawdopodobieństwo, ale znikomo małe... Jeśli zrobilibyśmy jeszcze więcej badań, oczywiście upewnilibyśmy się w tej kwestii, ale jaki jest w tym cel? Lepiej te środki przeznaczyć na inne badania...*

– *A... Czyli nie ma dowodów.  
Lepiej nie zaszczepię...*

#### 7. MYLENIE JAKOŚCI DOWODÓW

Różne dowody mają różną moc sprawczą (patrz piramida dowodów naukowych na schemacie 1). Moc sprawczą zależy to od wielu czynników, których omówienie wykracza poza ten krótki kurs. Niestety bardzo łatwo jest je zredukować do jednego punktu danych. Do tego erystykę można oczywiście łączyć. Oto przykłady:

*Ty masz swoje badania (metaanalizy i RCT), a pani Oksińska ma swoje (kilka przypadków klinicznych). Wybieram zatem fora internetowe (opinie, do tego niezwyfikowane), bo są, przynajmniej w mojej opinii, obiektywne (tj. niezwiązane z żadną częścią sporu). Czemu matki tych dzieci miałyby kłamać o autyzmie wywołanym przez szczepionki?*

lub:

*Ty pokazujesz mi badania (RCT, obserwacyjne), które mówią o nieszkodliwości gier komputerowych na psychikę dzieci... A ja jestem mamą! Wychowałam trójkę dzieci i chyba lepiej wiem, co jest dla nich dobre (opinia na n = 3)!*

lub:

*Skoro wszyscy tak robią (niesprecyzowane, argumentum ad populum) i od wielu lat eksperci wypowiadają się pozytywnie o tej metodzie (opinia ekspertów), to chyba jeden głupi podręcznik tego nie obali... (synteza systematyczna metaanaliz).*

Mylenie jakości dowodów może zakończyć się zbyt dużym zaufaniem w opinie ekspertów. Dlaczego? Człowiek ma niezwykłą skłonność, by bezkrytycznie wierzyć ludziom zajmującym wysokie i prestiżowe stanowiska. Nie zawsze muszą mieć oni rację. Są przecież też... ludźmi. Ciekawe światło na tę sprawę rzuca badanie przeprowadzone przez Kinga i współpracowników (King, 2013). W trakcie studium, mały rudy kotek o imieniu Orlando zmierzył się z maklerami giełdowymi. Podczas gdy drużyna ludzi wybierała akcje spółek na podstawie doświadczenia i ekspertyzy ekonomicznych, Orlando rzucał swoją ulubioną myszą zabawkę na siatkę numerków indeksu giełdowego. Po roku inwestowania menedżerowie londyńskich domów maklerskich odnotowali zysk £176 z początkowych £5000. Orlando zakończył ostatni kwartał z wynikiem wartym £5542, osiągając ponad podwójną przewagę w wysokości stopy zwrotu.



## CZYNNIKI LUDZKIE W PSYCHIATRII

Błędy lekarskie zdarzają się najczęściej z wielopoziomowych i wielowątkowych przyczyn. Mają na nie wpływ czynniki organizacyjne, systemowe, fizjologiczne i ergonomiczne. W poszukiwaniach przyczyn nieprawidłowości można zatem przyjąć dwie strategie: śledztwo prowadzące do orzeczenia o winie lub badanie czynników ludzkich (*ang. human factors*, HF). Ta pierwsza cieszy się wyjątkową popularnością: chodzi o to, aby nieubłagany palec sprawiedliwości wskazał winnego. W końcu, jak to mówił towarzysz Stalin, każdy problem ma swoje imię, nazwisko i numer prawa do wykonywania zawodu.

Czy takie działania są skuteczne? Okazuje się, że nie. Prawie 8 na 10 wypadków lotniczych bierze się z powodu HF (Wiegmann & Shappell, 2001). Od czasu, gdy zaczęto poszukiwać błędów ludzkich na podstawie analizy danych i rozwiązań systemowych (lata 70. XX wieku), ilość zgonów w wypadkach zmniejszyła się ponad 81-krotnie (Mediavilla, 2020). Urzędy lotnictwa cywilnego oraz producenci samolotów czerpią całymi garściami z psychologii kognitywnej, ludzkiej fizjologii, percepcji myślowej i wizualnej, wzornictwa oraz interfejsu człowiek–komputer i człowiek–system (Boeing, 2020). Czego możemy nauczyć się od pilotów?

**1. UWAGA W KRYTYCZNYCH MOMENTACH.** Przy lądowaniu i starcie zdarza się najczęściej wypadków, dlatego manewry te wykonuje się w wyjątkowym skupieniu. Tak samo decyzyjnie o przepisaniu nowego leku, ustalenie diagnozy psychiatrycznej lub rozmowy przekazujące złe wiadomości powinny być wykonywane, kiedy masz świeży umysł. Jeśli jesteś zmęczony, poproś kogoś o sprawdzenie dawki, rozdzielaj zadania, bądź asertywny. Powiedz: „jesteśmy w bezpiecznym miejscu; weźmy głęboki oddech i jeszcze raz ustalmy wszystko, co wiemy o tym przypadku”. Stosuj *power napy* i inne strategie regeneracji snu (patrz rozdział 4). Piloci mają również zasadę *sterylnego kokpitu*. W krytycznych momentach panuje cisza, a w rozmowach przekazuje się tylko niezbędne informacje. To samo możesz zastosować w przypadku trudniejszych zadań: „przeliczam teraz dawkę leku i skupię się tylko na tym” lub „OK. Dwadzieścia sekund ciszy, aby przeanalizować EKG”.

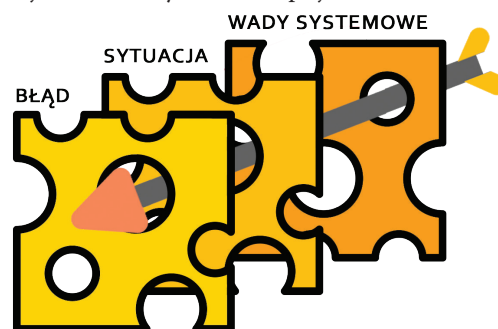
**2. OGRANICZENIA ROBOCZOGODZIN** Książka „*Mali Bogowie*” opisuje przypadki lekarzy, którzy zapominają o rodzinie, posiłkach, spaniu, picciu, a nawet myciu się (Reszka, 2017). Starsi lekarze powiedzą, że dłuższe dyżury to lepsza jakość opieki i nauki. Czy to prawda? Badania pokazują, że zwiększenie godzin pracy ani nie wpływa na powikłania (9% vs. 9,1%, na 138 691 chorych (Bilimoria et al., 2016), ani nie zwiększa

uczestnictwa w zabiegach, ani nie umniejsza jakości kształcenia specjalizacyjnego (Ahmed et al., 2014; Goddard 2010; Rajaram et al., 2014). Zakres wykonywanych obowiązków przez młodego lekarza w obecnym systemie jest prawie trzykrotnie większy niż 30 lat temu, przy czterokrotnie krótszym czasie na ich wykonanie (DoH, 2019). Nie bój się zatem wziąć dodatkowej przerwy, miej ze sobą butelkę wody i zjedz spokojnie obiad poza oddziałem, bez służbowego telefonu komórkowego. To wszystko *per saldo* zwiększy twoją efektywność i zadowolenie z pracy. Pomyśl, czy warto jest najlepsze lata swojego życia poświęcić wyłącznie na pracę, aby później nie mieć nawet na co wydać zarobionych złotych (Reszka, 2017)? Postaraj się o jakieś hobby poza medycyną: sport, wakacje, sztuka, lektury. Życie to naprawdę więcej niż LEK (Brennan, 2019).

**3. POŻYWNE I REGULARNE POSIŁKI.** Dobre odżywianie wzmacnia zdolności kognitywne i decyzyjne, a także wpływa pozytywnie na wyniki pracy (Grimani et al., 2019). Staraj się jeść białka, cukry złożone i zdrowe tłuszcze, błonnik, produkty z pełnego ziarna i ryby, zamiast cukrów prostych i przetworzonych (batoniki, ciastka, gotowe obiady do ogrzania).

**4. LISTY KONTROLNE,** czyli listy kluczowych procedur, w samej chirurgii zredukowały liczbę zgonów o ponad 1/5 (McCarthy, 2017). Bądź asertywny; jeśli ktoś cię pospiesza, mów jak pilot w kokpicie Lufthansy: „Wiem Günter, że ty jesteś szybki, ale ja wcale nie chcę szybko skończyć w płomieniach wybuchniętego silnika. Sprawdźmy wszystko jeszcze raz”. Inżynierowie raketowi chwytają się za głowę, widząc, że program komputerowy pozwala wystawić e-receptę bez podania informacji o alergii, BMI czy efektach kojarzenia leków – pomyłka w tej kwestii to naprawdę wina braku procedur, a nie głupota człowieka!

**5. BRIEFING I DEBRIEFING.** *Na początku dnia:* Przedstawmy się wszyscy, ustalmy kto co będzie robił. Co zrobić, gdy ktoś nie wie co zrobić? Jak możemy *zabić* tego pacjenta? Co zrobić, żeby tego nie zrobić? Co może pójść źle? Plan A, B, C i D tej procedury. *Na zakończenie dnia:* Czego się dzisiaj nauczyłem? Czego nauczyłem dzisiaj innych? (3) Czego powinniśmy zrobić więcej, co można było zrobić lepiej?




Samolot nie wystartuje, dopóki nie będą wykonane wszystkie procedury bezpieczeństwa: system przewiduje, gdzie człowiek może popełnić błąd.



Zamknięta pętla komunikacji pokazuje efektywny sposób wymiany informacji. Zamiast „Czy ktoś mógłby w końcu podać mi antybiotyki?” powiedz: „Aniu (zwrócenie się do konkretnej osoby), mogłabyś przepisać 500mg amoksyliny panu lksińskiemu? (precyzyjnie podane polecenie)”. Następnie dodaj: „powiadom mnie, kiedy już to zrobisz”. Może wydawać się to idiotyczne, ale tak działają nawet restauracje! Kiedy składasz zamówienie, kelner potwierdza: „OK, będzie hawajska z sosem czosnkowym”.

### ILUSTRACJA 2

Czasami różne poziomy zabezpieczeń zawodzą, a pacjent przelatuje przez drobne sита procedur. Przyczyniają się do tego: wady systemowe, zła atmosfera w pracy, autorytaryzm, wadliwa ocena sytuacji (co się dzieje, kiedy i dlaczego) oraz strach przed zgłoszeniem błędów. Przykład: Lekarz wypisuje olanzapinę, w końcu to nic takiego (brak doświadczenia) Pielęgniarka myśli: utył? No, takie są efekty uboczne, a cholesterol? Niech to POZ sprawdzi (brak edukacji, listy kontrolnej). POZ: A, to chyba psychiatra wie, co przepisuje (system) SOR: pacjent chyba udaje... mam ważniejsze sprawy (zła ocena sytuacji) Niezgłoszenie śmierci pacjenta w wyniku zawału serca (toksyczność i hierarchia).



THE DISEASE IS GETTING WORSE  
I counted my blessings, now I'll count this curse  
The only thing I really know, I can't sleep at night  
I'm buried and breathing in regret  
Yeah!  
The only thing I really know, I can't sleep at night  
I'm buried and breathing in regret.

– **Bring Me The Horizon**, *Chelsea Smile*

MOJA CHOROBA STAJE SIĘ GORSZA  
Skończyły się błogosławieństwa, teraz zmierzę się z przekleństwem  
Jedyne, co naprawdę wiem, nie mogę w nocy spać  
Jestem zakopany w grobie, oddycham tylko smutkiem  
Tak!  
Jedyne, co naprawdę wiem, nie mogę w nocy spać  
Jestem pochowany w żalu, żyję w swoim grobie

– **Bring Me The Horizon**, *Chelsea Smile*



Nawet w szaleństwie jest zawsze trochę metody.

– **Fryderyk Nietzsche**, *Tako rzecze Zaratustra*

**B**yleś już tutaj kiedyś? – Sekretarka z uśmiechem na twarzy przywitała mnie w recepcji. Nie wiem, czy była wyjątkowo miła czy tylko udawała, że cieszy się na to, że kolejny młody lekarz został skierowany na odcinek środowiskowej psychiatrycznej interwencji kryzysowej. Odpowiedziałem jej takim samym uśmiechem. Przynajmniej ona nie będzie wątpiła w jego szczerość.

– Nie. Przysyłają mnie z Southmead.

– Ach, tak, tak, trzecia referencja, piękny szpital – zrobiła przerwę obserwując jak wpisuję się do książki wizytujących – prosto przez korytarz, a następnie w prawo zaraz po drugich drzwiach.

– Dziękuję – odłożyłem długopis i udałem się na eksplorację tego zbudowanego w post-modernistycznym angielskim brutalizmie ośrodka. Po przekroczeniu drugich drzwi ukazał mi się potężny open space, pełen pracującej z całych sił NHS-owej administracji. Miliony papierów, telefonów, teczek, fascykułów, folderów i katalogów z dumą nabierały siły urzędowej, czekając aż ten olbrzymi Behemot ze smakiem zje kolejne roboczogodziny systemu opieki zdrowia.

– Ty jesteś ten nowy do środowiskowej grupy interwencyjnej? – Patrząca na mnie pielęgniarka była ubrana w typowy psychiatryczny uniform. Nosila zdzierzone, dezintegrujące się trampki, dresowe spodnie i ciemnobrunatny gryzący polarek z broszką w kształcie jakiegoś owada.

Moja wyprasowana koszula z niebieską smyczą, spodnie w kant i wypolerowane buty od razu zdradziły brak doświadczenia w opiece nad higieną zdrowia psychicznego. Taki ubiór niechybnie odróżniłby mnie przecież od klientów tutejszego oddziału.

Przytaknąłem i usiadłem na jednej z zielonych poduch, które były ustawione w kółeczko na użytych już mocno dywanach.

– A nie może go nikt inny zobaczyć? – Druga pielęgniarka ze znużeniem w głosie rozmawiała przez telefon – Co Pan rozumie przez „*chciała się zabić*”? A zrobiliście jej kwestionariusz... zrobiliście? I co tam wychodzi? Wysokie ryzyko eh... A widział go ktoś wcześniej? Próby samobójcze? A czy ocena stanu zdrowia zrobiona? – Telefoniczny rozmówca nie dawał za wygraną.

Odważnie walczył ze spychoterapią, czyli najbardziej popularną, acz niewymienioną niestety w międzynarodowym systemie kodów metodą psychiatrycznego leczenia.

Pielęgniarka przestała rozmawiać na chwilę i popatrzyła na listę trzech pacjentów, których miała dzisiaj obsłużyć. Inne piguły siedziały w znużeniu i kolorowały labirynty na jednym z wydrukowanych do terapii arkuszy.

– Może go sprzedamy zespołowi z północnego Gloucestershire... przecież to niedaleko.

– Gdzie on mieszka? Jaki to kod pocztowy? Że się pociął dzisiaj? Ach! No to do szpitala! Wezwijcie ambulans i niech się tym szpital zajmie. – Z dumą odłożyła telefon.

– No to mamy jeszcze trzech do sprzedania i koniec na dzisiaj.

Zadawałem sobie pytanie, za jakie grzechy musiałem odstąpić od ekscytującego środowiska najlepszego w Europie centrum *major trauma* i zamiast uczyć się zaopatrywania niezwykle trudnych urazów głowy, marzęm koło dmuchawy zakurzonego rzutnika.

Moje przemyślenia przerwał konsultant, który wszedł z uśmiechem do zagajnika zespołu od samobójstw.

Jako że był lekarzem specjalistą, obowiązywał go inny styl: związane z tyłu dredy, bosc stopy i kolorowa hawajska koszula. W końcu na taki ryt stać było tylko kogoś na podstawowej pensji osiemdziesięciu tysięcy funtów rocznie.

– Dzień dobry moi mili! – Spojrzał na mnie i moją koleżankę, która właśnie weszła do pomieszczenia. Odprawa była spóźniona o jedyne półtorej godziny. W świecie chirurgicznym oznaczałoby to niechybnie przestoje i przesunięcia na liście z zagrożeniem dla zdrowia pacjentów. Tymczasem moi nierychliwi koledzy i koleżanki dopijali swoją pierwszą poranną kawę.

– Mam dzisiaj zajęcia z terapii psychodynamicznej i psychoanalitycznej!

– Czyli kolejne nauczanie metod, na które nie ma żadnych dowodów? – Powiedziałem pod nosem.

– Wiesz, że w psychiatrii nie da się wszystkiego zmierzyć... ty byś tylko chciał te swoje dowody i dowody, a czucie i wiara przecież prędej...

– Dzień dobry, Hannah – przerwałem jej monolog z uśmiechem.

– Ach. Dzień dobry, Max. Tylko po podpis,



#### NOTA BENE

Nie przejmuj się jeśli na razie nie rozumiesz wszystkich pojęć z tego rozdziału. To przyjdzie z czasem!



DECYZJE KLINICZNE  
Co należałoby zrobić z  
Lesley?

Odpowiedz: (TAK/NIE)

- Zwiąż pacjentkę dla jej bezpieczeństwa.
- Podaj środki tran- kwilizujące, np. hal- dol.
- Zapytaj się o to, dlaczego nie chce się zabić.
- Zaoferuj wsparcie słowem.
- Nie poruszaj drażliwych tematów; lepiej nie prowokować

jak zawsze?

– Jakżeby inaczej! – Wyciągnąłem psychiatryczny dziennik i pomachałem przed nią, widząc jak budzę kolejne fale dezaprobaty. – I wiesz dobrze, że objawy da się zmierzyć. Z aktem zgonu się w końcu nie dyskutuje.

– Ale śmierć to konstrukt społeczny! - Wykrzyzczała, upewniając mnie, że ona, w przeciwieństwie do mnie, znakomicie nadaje się do tego towarzystwa.

Jedna z pielęgniarek wstała nagle i odłożyła nerwowo słuchawkę telefonu. Nie przysłuchiwałem się temu, co mówiła wcześniej, ale w jej oczach widać było przerażenie.

– Mamy zgłoszenie z północy Bristolu. Kobieta chce się zabić i wygraża bronią w stronę ratowników medycznych. Policja boi się tam wejść bez eskorty psychiatrycznej... – wyczuwalne przerażenie całej drużyny przeszło ich melancholijną jak stary kisiel odprawę.

Pielęgniarka zrobiła chwilę przerwy i z niepokojem przełknęła ślinę, po czym ledwo wydusiła z siebie kilka słów.

– Kto chce tam pojechać?

– Ja chętnie! - Wstałem z zielonej poduchy i z entuzjazmem chwyciłem płaszcz. Wszyscy patrzyli na mnie jak na idiotę, który nie dość, że się niepotrzebnie rusza to jeszcze chce iść do jakiejś niebezpiecznej roboty.

– Mamy adres?

– Napisany w systemie... możesz wydrukować. – Powiedział nieśmiało konsultant – Ale ominie cię moja sesja o terapiach! – Najwyraźniej myślał, że bardziej trzeba mnie do tego wyjazdu zachęcić.

– A ty masz jakieś szkolenie w tym zakresie, certyfikat? – Zająknęła się pielęgniarka

– Nie.

– A który to twój przypadek w tym zespole.

– Pierwszy.

– Świetnie.

Chwyciłem za klucze do samochodu służbowego i wybiegłem jak najszybciej się dało. Może brakło mi doświadczenia, ale za to miałem coś, co w medycynie i chirurgii przydaje się najbardziej: ślepa i uparta wiara, że jeśli włoży się odpowiednią ilość entuzjazmu i zaangażowania, cokolwiek robimy musi się udać. I że zawsze lepiej prosić o przebaczenie niż zgodę.

– Ktoś z nim musi pojechać. – Konsultant popatrzył na zmarniałą pielęgniarkę – Karen?

\*\*\*

– Wyjdę na most! Wyjdę na most! – Rozgoryczona kobieta w średnim wieku stała pośrodku bardzo ciasnego i przeraźliwie zimnego pokoju. Przed sobą miała wyciągnięty duży nóż kuchenny, który uprzejmie kierowała w moją stronę.

Pacjentka miała pewnie na myśli *Clifton Suspension Bridge*, czyli ikoniczny most w Bristolu. Ta dziewiętnastowieczna konstrukcja tylko pięknie wyglądała, albowiem jej użyteczność w połączeniu dwóch ważnie geograficznych miejsc była bynajmniej znikoma.

Most za to dzierżył inną, bardzo efektywną rolę. W owym czasie, nawet najlepsze techniki ratownictwa pozwalały jedynie na szanse przeżycia przy upadku z maksymalnie siedemdziesięciu pięciu metrów.

Clifton Suspension Bridge miał tych metrów siedemdziesiąt sześć, dając potencjalnym samobójcom dodatkowy metr bezpiecznego (o ironio!) zapasu.

Pokój, w którym staliśmy był wyjątkowo zagracany. Wokół zimnego piecyka zgromadzone były sterty starych opakowań na filmy DVD, porozrzucone ubrania, przedziwne konstrukcje z folii aluminiowej i kolumny głośników z wybebeszonymi kablami. Oprócz fotela kanapy i jednej odrapanej przez zwierzęta sofy, nie było tam gdzie usiąść. W rzeczy samej, dwie osoby już prawie całkowicie blokowały wolne miejsce w tym domu.

Po mojej lewej stronie znajdowało się małe pomieszczenie kuchenne ze stertami naczyń i porozsywanymi kocimi odchodami. Wychudzone stworzenie stało sobie na szafce, wylizując z rondelka pozostałości owsianki.

Dalej w pokoju widniało zablokowane przez nawarstwione ścierki materialne przejście w kierunku schodów. W całym domostwie panował nieprzyjemny odór rozkładu. Lesley z grozą w oczach patrzyła na moje ruchy. Kurczowo obracała głowę w kierunku schodów, gdy tylko zbliżyłem się do niej.

– Gdzie on jest? – Zapytałem spokojnie nastupniczkę – Gdzie on jest, Lesley? – Powtórzyłem z imieniem, wiedząc, co się święci.

– O co mu chodzi? – Zapytał jeden z policjantów. Dwójka z nich, wraz z parą ratowników medycznych, stała za drzwiami domu, albowiem nie byłoby dla nich miejsca w środku. Karen wzruszyła ramionami, myśląc pewnie, że powierzenie mi tej misji było karkołomnie złym pomysłem.

– Lesley, mam na imię Max, jestem młodym lekarzem. Powiedz mi, chcesz się zabić? - Zrobiłem chwilę przerwy – Chcesz mnie zabić? Powiedz mi, Lesley, co cię zatrzymuje? Czemu nie chcesz mi wepchnąć sztyletu między żebra?

Nie musiałem widzieć min policjantów. Z pewnością w tym momencie z przerażeniem wpatrywali się na mnie jak „prowokuję” pacjentkę. To bardzo częsty błąd. W istocie, pytanie o zamiary samobójcze nie przyczyni się do zwiększenia prawdopodobieństwa tego czynu. A drażnienie tematu bynajmniej nie spowoduje, że chora znajdzie w sobie nowe pokłady motywacyjne. Wprost przeciwnie; większość osób z ulgą zareaguje na to zapytanie. Lesley patrzyła się na mnie ze złością.

– Chcę iść na most! Chcę iść na most! Zabiję cię! Zabiję!

– Proszę uprzejmie. Zabij. Ja chcę porozmawiać, ale jak mnie zabijesz, to nic z tego. Najwiśdoczniej nie chcesz mnie tutaj.

– Zabiję cię!

– OK– zwróciłem się do wyjścia – Mam sobie iść? Chcesz tego?

– Nienawidzę cię! Zabiję cię!

– W porządku. To idę. – Zrobiłem kilka kroków.

– Zostań. – Powiedziała ciszej, po czym opuszczyła nóż do poziomu tułowia.

– A oddasz mi nóż?

– Nie. Nóż jest mój! Zabiję cię nim!

– No to mnie nim zabij. Na co czekasz? Zobacz jakim jestem okropnym człowiekiem, przyjechałem tutaj do ciebie do domu i ci psuje ten piękny poranek. Ale ja bym dalej chciał z tobą porozmawiać, Lesley. Mam czas dla ciebie. Tyle czasu, ile potrzebujesz; jestem tutaj dla ciebie.

– Nie jesteś okropnym człowiekiem.

– Jestem. Chcesz mnie w końcu zabić.

– Chcę!

Podszedłem powoli do niej i wyciągnąłem rękę.

– Proszę uprzejmie. Zrobisz nam wszystkim przysługę. Pochlastaj mnie, ile sił w rękach i będziemy mieli spokój. Potem sobie poderżnij gardło.

– Nie chcę.

– Nie chcesz?

– Nie chcę cię zabijać.

– To dobrze. Odłóżysz nóż i porozmawiamy?

Nie odpowiedziała. Powoli usiadła na sofie, trzymając kurczowo swoje ulubione ostre narzędzie. Na stoliku leżało kilka opakowań z lekami. Ja też usiadłem naprzeciwko niej. Karen skinęła na policję i paramedyków, że ich pomoc nie będzie już potrzebna. Sama weszła do przedpokoju i zamknęła drzwi.

Wicher z dworu już nie panoszył się po salonie. To, co prawda, ociepliło nieco powietrze, ale za to odór stęchlizny zaatakował nas ze zdwojoną siłą.

– Lesley? Jak twój nastrój? Jak się czujesz?

– Bardzo źle. Zdołowana. – Odpowiedziała sucho i bez większego zaangażowania

– Nie możesz znaleźć siły, żeby to wszystko posprzątać? – Podchwyciła Karen.

– Nie.

– A jak twój sen?

– Źle.

– Budzisz się wcześniej rano?

– Zazwyczaj.

– A pamięć, koncentracja?

– Nie mogę się na niczym skupić.

– Jest coś, co sprawia ci przyjemność?

– Spędzanie czasu z moim synem... A tak... To nie czuję się połączona z tym światem. Czuję się, jakby wszystko działo się w wyobraźni. Zawszyba. Nie jestem sobą. Świat nie jest sobą.

– Rozumiem. – Zrobiłem pauzę – Lesley?

– Słucham?

– Czy ludzie wkładają ci myśli do głowy? – Reakcja pacjentki była jedną z najbardziej satysfakcjonujących rzeczy w psychiatrii. Insercje myślowe traktowane są przez większość ludzi jako niedorzeczne pytanie. Ale u tych kilku procent osób, u których występują, powodują niesamowity szok, że lekarz akurat o tym wie. Pokiwała energicznie.

– A czy ty komuś wkładasz te myśli? Emitujesz je z siebie? – Znowu pokiwała.

– A te hełmy – wskazałem na konstrukcje z aluminium – To żeby cię chronić?

– Nie. To oni kazali mi je zrobić.

– Kto ci kazał, Lesley?

– Ludzie. Ludzie, którzy do mnie mówią. Czasami widzę ich sylwetki w kapturach.

– A czy ktoś ich widział? Ktoś oprócz ciebie?

– Nie – ciągle wpatrywała się na schody.

– Lesley, co stało się z twoim synem? – Powiedziałem dosadnie, powtarzając pytanie z początku mojego spotkania.

– Jest u siebie.

– Jej syn ma epilepsję – dodała Karen, która zdążyła przeczytać dokumentację. – Mogę zadzwonić do jego lekarza rodzinnego, jeśli trzeba.



DECYZJE KLINICZNE  
Co należałoby zrobić z Lesley?

-----  
**X** Pacjentka nie wrywa się, a wiązanie wiązałoby się z dodatkowym ryzykiem zgonu.  
**X** Nie ma dowodów na efektywność środków tranquilizujących w tym momencie.  
**V** Pytanie o zamiary samobójcze nie powoduje wzrostu szansy na popełnienie tego czynu; wprost przeciwnie.  
**V** Wsparcie jest najlepszym, najtańszym i najbardziej skutecznym lekiem w takim przypadku.  
**V** Poruszanie drażliwych tematów jest ważne, aby dowiedzieć się więcej na temat zamiarów samobójczych.



#### NOTA BENE

Wchodzenie ludziom do głowy, badanie, stawianie diagnoz i celne leczenie jest sztuką, która wymaga ogromnej ilości praktyki. Nawet ja, mimo setek godzin spędzonych w klinikach, przychodniach środowiskowych i wśród ludzi, którzy od tak dosiadają się do mnie w pubie The White Harte jako ostatnim przystanku na ich drodze do rzucenia się z mostu nad rzeką Avon (tak, to zdarza się częściej niż się czytelnikowi wydaje!) dalej się uczę i dalej perfekcjonuję swój warsztat.

– Nie trzeba. Ma 28 dniową receptę na levitra-cetam, wystawioną na drugi dzień lutego, czyli trzy tygodnie temu – zauważyłem leżący na stolek papierek – a opakowanie ma tylko sześć wybranych tabletek na listku.

– Nie bierze tabletek? – Zdziwiła się Karen.

– Lesley – zapytałem – On nie żyje, prawda?

– Żyje. – Odparła gorączkowo, dalej patrząc się to na mnie, to na schody – Żyje, jeszcze dzisiaj go karmiłam...

Podniosłem się i przeszedłem przez wąską szczelinę między ubraniami a sofą, na której siedziała Lesley. Kobieta ze strachem wodziła za mną, gdy przeskoczyłem przez barykadę z płóciennych tkanin i wdrapałem się na strome schody.

Na pięterku panował jeszcze większy odór. Oprócz łazienki z półotwartymi drzwiami, wi-dać było zamknięty pokój. Podeszedłem do niego i przycisnąłem klamkę.

Gdy otworzyłem drzwi przede mną stanął chłopięcy pokój. Nie wyróżniało go nic nadzwyczajnego; łóżko w kształcie samochodu z pościelą wyścigową i dywanem z ulicami. Ten fan motoryzacji miał jeszcze kilka plakatów z Grand Prix formuły 1 i dwie plastikowe skrzynie z zabawkami.

Po środku pokoju, na obracanym fotelu siedział i sam on. Martwy. Z buzią szeroko otwartą i pełną napchanych tam na siłę parówek.

Całość ciała była nabrzmiała, żółtawobrunatna i z siecią bąbli na skórze. Czarne ścieżki niczym po postrzeleniu pioruna snuły się po jego udach. Karen chwyciła kurczowo powietrze i złapała się za usta.

– Jezu Chryste co tu się stało?! – Oparła się o framugę drzwi, żeby nie zemdleć. – Ile to musiało tutaj siedzieć?

– Bakterie już panoszą się po jego systemie żylnym, na co wskazuje dekompozycja haemoglobiny i postępujący proces putrefikacji. Pęcherze są rezultatem utraty przyczepności zewnętrznych warstw skóry. Widzę, że ma opuchniętą twarz, brzuch i piersi.

– Mówiłam, że go karmiłam. – Skwitowała Lesley. Karen wyglądała jakby miała za chwilę zwymiotować.

– Stawiam, 4-6 dni.

## PRYNCPYIA DIAGNOSTYKI I LECZENIA CHOROÓB MÓZGU

Ten ekstremalny przypadek pokazuje tylko jak ważne w pracy diagnostyki chorób mózgu jest odpowiednie zbadanie pacjenta i synteza faktów. Poszczególne znaki, które dostrzec można czujnym okiem, zgoła nieważne w osobności; razem tworzą przerażająco wręcz celne wnioski.

Szczęście psychiatrii polega na tym, że wymaga ona niezwykle dobrze wypracowanego warsztatu i odpowiednich umiejętności. Podczas gdy chirurg przychodzi do pacjenta i bada palpacyjnie jego podbrzusze, szukając tam odpowiedzi na *causa efficiens* choroby, psychiatra musi poprosić pacjenta o to, aby wymacał podbrzusze sam.

Następnie należy go poinstruować, jak to zrobić i jak zakomunikować nam znaleziska badania. Podczas gdy chirurg może rozciąć tkanki i odpowiednio je pozszywać, psychiatra musi prosić pacjenta o wykonanie operacji na samym sobie. Jak to jest możliwe? Jak można naprawić mózg, używając do tego... *mózgu*, który sam jest na dodatek zepsuty?

Jedyne, co zostaje lekarzowi w tak dramatycznej sytuacji, to wejść komuś do głowy; rozejrzeć się dobrze i zidentyfikować przyczynę problemów. Następnie należy poprawić niedziałające połączenia, odpowiednio przepiąć kable i rozważyć, jak to zrobić możliwie skutecznie, przy możliwie najmniejszym dyskomforcie dla pacjenta. Nauka chorób mózgu wywołuje nie lada przepełnienie informacjami. Nie bójmy się tego! Tak, jak przy nauce nowego języka, spróbujmy powoli oswoić się z terminologią fenomenologiczną i psychopatologią opisową.

Następnie polecam praktykować zbieranie wywiadu i ocenę stanu umysłu - nawet (a może i przede wszystkim!) na zdrowych ludziach. Dla większości, chęć rozmowy będzie olbrzymią przyjemnością; każdy człowiek jest intrzyzycznie usatysfakcjonowany, jeśli wykazemy nim zainteresowanie. Dlaczegoż zatem nie sprawić tej przyjemności swoim znajomym i rodzinie, praktykując przy tym sztukę diagnozy chorób mózgu? Rozpoznanie, terminy czy dziwne opisy są tutaj zamieszczone gwoli przyzwyczajenia; prosiłbym o powstrzymanie strachu czy kompulsywnego natręctwa pamięciowego uczenia się ich. Dalsze rozdziały z pewnością dodadzą im większego znaczenia i kolorytu, a zobaczenie ich *in vivo* zapieczętuje je na trwałe w Twojej pamięci.

Zapraszam na wycieczkę po meandrach ludzkiego umysłu i warsztacie diagnozowania jego defektów. Odłóż chęć pstrykania tysięcy fotografii, nie przejmuj się na razie dokładnym robieniem notatek. Zrelaksuj się i skup na inercji ciekawych przeżyć...



#### NOTA BENE

Patolodzy sądowi zaczynają od sekcji ciała zgonów naturalnych (aby wiedzieć, jak wygląda ten "nienaturalny"). Kardiolodzy muszą nasłuchać się normalnych serc, aby później wyekstrahować szmer defektywnych zastawek. Lekarze chorób mózgu również muszą przyzwyczaić się do tego, co jest "normalnym" zachowaniem, ruchem czy wypowiedzią dla zwykłego człowieka w danym wieku.



# BADANIE STANU UMYSŁU (MSE)

## W GABINECIE

### Grupa Środowiskowej Interwencji Kryzysowej

Skierowanie: Lesley to kobieta w średnim wieku, która zaprezentowała się ze skłonnościami samobójczymi. Zgłasza również objawy dziwacznych zachowań i przeżyć. Przeprowadź badanie stanu umysłu, aby dowiedzieć się więcej...

“Skąd ty to wiesz? :)  
Ale jakim cudem?  
Czy ty mi wszedłeś do głowy?”  
- **Pacjentka NM, (19l.)**

**B** badanie stanu umysłu (MSE, z ang. *mental state examination*) jest najprostszym i najszybszym wejściem komuś do głowy. W badaniu tym ważna jest odpowiednia dyscyplina i solidność naukowa. Nie ma tu miejsca na opinie, diagnozy czy interpretacje.

Raport z takiego krótkiego rekoniesansu powinien móc posłużyć przyszłym profesjonalistom służby zdrowia w identyfikacji zaburzeń i planowaniu ich leczenia. Powinien zatem być w bezstronny i zawierać jedynie klatkę w czasie: fotograficzną kliszę z tego, jak wygląda podstawowe działanie mózgu w danym momencie. Poniżej przedstawiony schemat można uzyskiwać w różny sposób. Zawsze warto mieć go z tyłu głowy jako ramowy plan konsultacji z pacjentem. MSE powinno być mapą, której używamy, aby ustalić kierunek rozmowy, a nie sztywnym systemem nawigacji GPS.

### WYGLĄD I ZACHOWANIE

Ta część wymaga solidnych umiejętności obserwacyjnych. Warto jest zanotować wszystko, co może posłużyć w dalszej interpretacji zaburzeń. Posiłkowe komentarze na następujące tematy bywają przydatne:

- **WYGLĄD ZEWNĘTRZNY** → postura, BMI (niedowaga przewlekła vs. wygląd niedawnego spadku wagi, normalna waga, otyłość), poziom higieny osobistej, ubiór i jego dostosowanie do sytuacji, znamiona ciała (blizny, zwłaszcza charakterystyczne dla samookaleczenia w miejscach łatwo dostępnych dla ciała [zazwyczaj płytkie, proste] i trudniej dostępnych [krótsze i głębokie] jako sygnał do przemocy, siniaki i ich pozycja).
- **ZACHOWANIE I POSTAWA** → ekspresje twarzy, kontakt wzrokowy. Czy udało się nawiązać kontakt z chorym? Czy odpowiada i angażuje się bez większego wysiłku?
- **AKTYWNOŚĆ MOTORYCZNA** → tu występuje cała gama zaburzeń neurologicznych; warto zanotować opisowo jakiegokolwiek ruchy wymuszone, zwiększone lub zmniejszone, zaburzenia postur.

### MOWA

Ta część wymaga umiejętności dobrego słuchania i procesowania sygnałów werbalnych. Nie chodzi tu o to, *co* chory mówi, ale *w jaki sposób*. Lekarz bada tu bowiem aparat wytwórczy mowy.

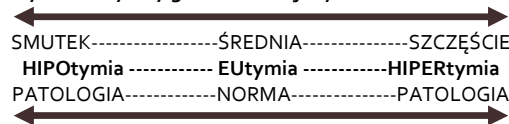
- **FORMA** → głośność (podniesiony głos, głos cichy, szept normalny, teatralny), ton (nienaturalny, mechaniczny, monotony, polifoniczny), ilość (duża, nieopanowanie olbrzymia, zdawkowa, lakoniczna).

- **TREŚĆ** → ogólny komentarz na temat treści mowy, tj. czy jest spójna, odpowiednia do pytań.

### TYMIA (NASTRÓJ) I AFEKT

Nastroj jest stanem ogólnym, *klimatem*, w którym może narodzić się tymczasowa *pogoda* (afekt). Tak, jak polskim klimacie umiarkowanym mogą występować upały, deszcze, mrozy i wichury, tak i w nastroju *eutymicznym* (normalnym) mogą zdarzyć się chwile smutku, szczęścia, rozgoryczenia i euforii. Jeden gorszy dzień nie wywoła zatem „depresji”, tak samo jak miesiąc bez deszczu nie świadczy o zmianie klimatu na suchy.

Wyróżniamy trzy główne rodzaje tymii:



W niektórych podręcznikach używa się:  
**Hipotymia** (obniżony nastrój, depresja)  
**Eutymia** (normalny nastrój)  
**Hipertymia** (podniesiony nastrój, mania)

Aby ustalić *hipotymię* (depresję) czy *hipertymię* (manię), należy upewnić się, że zmiany w afekcie mają charakter trwały i stabilny. Tymczasowa modyfikacja może bowiem nastąpić pod wpływem normalnych życiowych zdarzeń, np. otrzymania nagrody w pracy (szczęście) czy niepowodzenia miłosnego (smutek). Fizjologiczną odpowiedź na te zmiany nazywamy *afektem reaktywnym*. Oczywiście, afekt może być również *przytępiony*, zupełnie *splaszczony* (gdy nie reaguje na zmiany zewnętrzne) lub *labilny* (niestabilny). Warto również zauważyć, czy afekt jest odpowiedni do nastroju. Czasami pacjent zgłosi „depresję” mimo obiektywnych dowodów na podniesiony afekt, np. przy wczesnym leczeniu manii, albowiem dla niego relatywnie będzie on niższy! Stąd podział na ocenę „*subiektywną*” i „*obiektywną*”.



### MYK KLINICZNY PACJENT NA PRZYSTANKU

Wyobraź sobie, że pacjent siedziałby koło ciebie na przystanku. Nie czujesz się komfortowo. Nie jest to dla ciebie normalne. Dzwoni do ciebie kolega i pyta się, dlaczego ta osoba jest jakaś...dziwna. Jak to uzasadnisz? Jak wyróżnisz tego jednego człowieka spośród czekających?



### WYGLĄD I ZACHOWANIE

Przykładowa notatka: 40 letni mężczyzna o ciemnej karnacji ubrany w czystą koszulkę Falubazu, żółto-zielono-białe szalik i czapkę kibica. Ubranie schludne i odpowiednie do sytuacji; normalna, otwarta postura ciała, brak widocznych zewnętrznych stygmat ciała. Zachowanie odpowiednie do sytuacji, dobry kontakt wzrokowy i wyrazy twarzy odpowiednie do emocji. Brak zaburzeń ruchowych. Łatwo angażuje się w rozmowę.



### MOWA

Przykładowa notatka: Mowa w formie: normalna - głośność, ton i ilość. W treści, odpowiednia do zadawanych pytań i sytuacji, spójna.





### NASTRÓJ i AFEKT

Przykładowa notatka:  
Nastrój obiektywnie i subiektywnie euty-  
miczny, afekt reaktywny  
i kongruentny z nas-  
trojem.



### MYK KLINICZNY OTWARTE PYTANIA

Łatwiej jest uzyskać precyzyjną odpowiedź zadając pytania pozytywne, otwarte a nie negatywne, zamknięte. Na przykład, "Opowiedz mi o tym, co sprawia Ci przyjemność" powoduje, że szybciej uzyskamy informacje o skali hipotymii. Zwłaszcza jeśli odpowiedź brzmi "Nic", lub gdy mówi o zmianie: "Jeszcze kilka miesięcy temu X,Y,Z, ale teraz już nie..." vs. „Tak, lubię bawić się z psem, układac puzzle, spotykać się z przyjaciółmi". Przykładem negatywnej wersji tego pytania byłoby "Czy czujesz, że rzeczy nie sprawiają ci takiej przyjemności jak kiedyś?". Wtedy pacjent próbuje nam „pomóc”, wyszukując odpowiedź na to pytanie, np.: „Jak tak mówisz... to rzeczywiście czasami po pracy mam już wszystkiego dosyć” - a to jest normalnym stanem.



### MYŚLI

Przykładowa notatka:  
Brak formalnych zaburzeń myśli. Treść myśli odpowiednia.



### PERCEPCJA

Przykładowa notatka:  
Brak zaburzeń percepcji.  
Nie uwidoczniiono halucynacji.

Przydatne pytania przesiewowe:

- Czy czujesz się przygnębiony? Czy masz ochotę płakać? (hipotymia, depresja) A teraz odwracając sytuację, czy masz chwilę kiedy czujesz się przepełniony energią, tak, że nic nie może Cię powstrzymać? (hipertymia, mania)
- Opowiedz o tym, co sprawia Ci przyjemność. (anhedonia)
- Czy czujesz, że masz wystarczająco energii na wykonanie normalnych czynności? (anergia)
- Opowiedz mi o swoim śnie? (wczesne budzenie się silnie indykatywne do hipotymii)
- Masz problemy z pamięcią? Koncentracją? Poirytowaniem? (biologiczne objawy afektywne)
- Czy zależy ci na ludziach albo różnych czynnościach, które lubisz robić? (apatia)

### DEPERSONALIZACJA / DEREALIZACJA

To objawy, które pokazują, że pacjent stracił kontakt z własnym sobą (depersonalizacja); derealizacja mówi o utracie kontaktu z rzeczywistością. Te zdarzają się stosunkowo rzadko.

Przydatne pytania przesiewowe:

- Czy czujesz, że jesteś sobą?
- Czy czujesz, że masz dobry kontakt z rzeczywistością?

### MYŚLI

Badania myśli przeprowadza się głównie poprzez uważną obserwację i analizę wymawianych zdań. Do tego można posłużyć się pytaniami posiłkowymi.

- FORMA → strumień myśli (mowa logiczna, kątowa, wykolejenie, sztywność myślenia, patrz panel na ostatniej stronie rozdziału)
- TREŚĆ → obsesje, fobie, strach, lęki, powtarzające się motywy bądź dominujące myśli, w tym urojenia i idee nadwartościowe

Przydatne pytania przesiewowe:

- Czy uważasz, że wszystkie myśli są twoje? (Klaryfikacja, jeśli potrzebna: Nikt nie wkłada ci ich do głowy, nie wkładasz innym, etc.?)
- Czy jest coś o czym ciągle myślisz i nie możesz przestać?
- Czy zdarza Ci się robić rzeczy nieustannie; ciągle i ciągle myśleć i robić coś, tak bardzo, że nie możesz przestać?
- Czy masz coś czego się wyjątkowo boisz?
- Czy masz jakieś przeświadczenia, których twoi bliscy nie podzielają?

### PERCEPCJA

Tak, jak urojenia są defektem aparatu myślowego, tj. tego, co procesuje nasz mózg, tak halucynacje są defektem percepcji, tj. aparatu poznawczego. Ten obszar zajmuje się strumieniem stymulacji, jakie dostajemy od środowiska zewnętrznego (wzrokowe, czuciowe, słuchowe). Czy posiadanie halucynacji oznacza chorobę psychiczną? **Niekoniecznie!** Ktoś z zupełnie fizjologicznym aparatem myślowym może uważać, że halucynacje są prawdziwe, bo nie jest w stanie odróżnić ich od normalnie widzianych zjawisk. Dlatego właśnie halucynacje występują również w chorobach oczu, np. u 1 na 5 osób z wadami wzroku (Gordon, 2016). Pacjenci, którzy wiedzą, że mają halucynacje, mogą je weryfikować przez czynniki zewnętrzne, np. myślenie logiczne lub posiłkowanie się innymi ludźmi.

Przydatne pytania przesiewowe:

- Czy widziałeś, słyszałeś albo czułeś rzeczy, których tak naprawdę tam nie było?
- Czy widziałeś, słyszałeś albo czułeś rzeczy, których inni nie widzieli/słyszeli/czuli?

Mimo podawanych tak pytań pomocniczych, należy uważać na efekt nawarstwiania. Czasami pacjenci odpowiedzą tylko na ostatnie pytanie z trzech zadanych na raz, np. odpowiedzą tylko przecząco na "czułeś" zamiast widziałeś/słyszałeś/czułeś. Można to wykluczyć poprzez zadanie pytania posiłkowego, np "Ktorekolwiek z poniższych?" lub "Cokolwiek z tego stosuje się do Ciebie?". Największa pewność przynosi osobne zadawanie pytań.

### KOGNICJA

Tutaj występuje prawdziwe pole do popisu przy olbrzymiej ilości modaliiów poznawczych, logicznych i egzekutywnych, które można zbadać za pomocą mnóstwa testów. Zazwyczaj odnoszą się one do konkretnych zaburzeń i wymagają profesjonalnej neuropsychometrii.

Użyteczne badania przesiewowe to orientacja, tj.:

- Czy wiesz jak się nazywasz?
- Gdzie jesteś?
- Jaka jest dzisiaj data?
- Dlaczego tu jesteś?

To orientacja do: siebie, miejsca, czasu i sytuacji. Czasami na taką orientację mówi się auto- i allopsychiatryczna. Brak orientacji do siebie jest niezwykle rzadki i wymaga dokładniejszej analizy pod względem malingierencji (ROZDZIAŁ 9).

Wartym uwagi testem przesiewowym jest 6CIT. Test ten jest dobry do diagnozy nawet lekkiej demencji (7 punktów lub więcej jest wyni-

kiem nieprawidłowym; czułość 78.57%, swoistość 100%) (Brooke and Bullock, 1999). Test ten wydaje się obojętny lingwistycznie, a jego autorską polską translację podaję poniżej. Niestety, nie istnieją polskie badania szerokoskalowe w tym zakresie.

*Punkty przydziela się za niepoprawną odpowiedź; poprawna odpowiedź to zero punktów.*

1. Który mamy rok? (4punkty)
2. Jaki mamy miesiąc? (3 punkty)
3. Zapamiętaj podany adres: Jan Kowalski, ul. Piłduskiego, 42, Łódź.
4. Która jest godzina? (z dokładnością do 1 godziny) (3 punkty)
5. Policz od 20 do 1. ( 1 błąd - 2 punkty; <1 błąd 4 punkty) - upewnij się, że chory zna liczby!
6. Powiedz nazwy miesięcy wstecz (od grudnia) ( 1 błąd - 2 punkty; <1 błąd 4 punkty) - upewnij się, że chory zna miesiące!
7. Czy pamiętasz adres podany wcześniej? (1 błąd 2 punkty; za każdy kolejny błąd +2 punkty; całość niepoprawna [5 błędów] : 10 punktów)

Oczywiście istnieje wiele dokładniejszych testów np. MoCA, ACE-III, OCS, etc.

### WGLĄD

Ta część opisuje krytycyzm pacjenta, tj. jak bardzo chory wie o swoich dolegliwościach. Może być on bardzo różny: od dobrze zachowanego z ekspercką wiedzą na temat choroby, aż do skrajnego braku świadomości jakiegokolwiek zaburzenia.

*Przydatne pytania przesiewowe:*

- Czy uważasz, że jest coś z Tobą nie tak?
- Dlaczego myślisz, że: jesteś w szpitalu / przyszedłeś do poradni / twój znajomi poprosili mnie o zbadanie ciebie?
- Co myślisz, że znajomi / rodzina / lekarze twierdzą o tym, co z tobą jest?
- Co myślisz, że jest tego przyczyną?
- Uważasz, że potrzebujesz leczenia?
- Na co masz nadzieję w związku z oferowanym leczeniem?

Na samym końcu warto przeprowadzić ocenę ryzyka, w tym ryzyka dla siebie, dla innych oraz ryzyka wykorzystania (ROZDZIAŁ 10)

### PRZYDATNE PREFIXY DO KONSULTACJI

- Teraz zadam ci kilka głupich pytań. Nie przejmuj się, musimy je po prostu zadać każdemu... możesz na nie odpowiedzieć jak wolisz.
- Czy mogę zadać ci kilka pytań, z odpowiedziami tak lub nie? To lista, którą normalnie zadaję,

aby upewnić się, że mam dobry obraz twojego myślenia

- Następną część przez wielu uważana jest za trochę nienormalną, ale i tak przechodzimy przez nią z każdą osobą, która tutaj jest. Mam nadzieję, że to nie jest dla Ciebie problem!

- Mój wujek John / wielu pacjentów mówi mi, że XYZ, czy też to zauważyłeś?

- Czasami u pacjentów z twoją chorobą zdarza się XYZ, czy to jest coś, co Ci się przytrafiło?

- Miałem ostatnio pacjentkę właśnie z bardzo podobnymi objawami... oprócz tego, co mówisz, zdarzyło się jej XYZ, czy to się również tobie zdarza?

Warto jest powtórzyć to, co pacjent właśnie powiedział w formie parafrazy. Dzięki temu damu do zrozumienia, że słuchaliśmy, a także będzie mógł nas poprawić, jeśli coś źle zrozumieliśmy. Na samym końcu warto jest dokonać całkowitego podsumowania, aby pacjent mógł coś od siebie dopowiedzieć czy poprawić. Jest to też dobry moment, aby samemu uporządkować sobie wiedzę w głowie i pomyśleć, czy chcielibyśmy jeszcze o coś zapytać. Ocenę stanu umysłu można stosować wielokrotnie. Stanowi ona dobre zestawienie porównawcze różnych wartości i progresji leczenia pacjenta.

*Pytania warto zaczynać od wersji otwartych np:*

1. Opowiedz mi o tym, co ostatnio się działo?
2. Jak myślisz, dlaczego musiałeś przyjść do szpitala/poradni/przychodni dzisiaj?
3. Z czym się ostatnio borykasz?
4. Jeśli jest jedna rzecz, którą moglibyśmy dzisiaj dla ciebie naprawić, co by nią było?

### KARTA PRZYJĘCIA

Teraz ubierzmy to wszystko w profesjonalne zestawienie:

1. Podstawowa demografia: wiek, płeć, praca,
2. Przyczyna i okoliczności przyjęcia,
2. Historię objawów prezentacji (jak przebiegała choroba dotychczas, informacje o stanie przed chorobą),
3. Poprzednie choroby mózgu, w tym jakiegokolwiek dotychczasowe próby diagnozy i leczenia wraz z wynikami,
4. Poprzednie leczenie medyczne i chirurgiczne,
5. Zażywane leki / alergię na leki,
6. Używanie substancji nieprzepisanych przez lekarza (preparaty ziołowe, narkotyki, używki),
7. Wywiad rodzinny (obciążenia genetyczne),

### MYK NAUKOWY PSZCZOŁY W SŁUŻBIE USA

Czym różnią się urojenia od idei nadwartościowych? Oba pojęcia opierają się na kanwie wiary w coś, co jest obiektywnie (faktycznie) nieprawdziwe. Na przykład wiara, że jest się królową Anglii. Urojenia jednak nie uginają się w świetle faktów (stąd uporczywe i szczególnie uzasadnione przekonanie pacjentów, że mają rację!). Jeśli po pokazaniu dowodu odpowiedź staje się niepewna: „a może nie jestem tą królową...”, urojenie przetrwała się w ideę nadwartościową. Zazwyczaj leczenie urojeń przejawia się następująco: Urojenia → Idee nadwartościowe → Aktywne wypieranie myśli → Myśli obecne, ale ignorowane → Wyleczenie. Przed wpisaniem diagnozy warto upewnić się, czy pacjent czasami nie ma racji... USA naprawdę używało pszczoł do wykrywania bomb (Ornes, 2006)!



### KOGNICJA

Przykładowa notatka: Pacjent zorientowany do siebie, miejsca, czasu i sytuacji. Kognicja ogólnie niezaburzona (6CIT: zero punktów); nie wykonano formalnej neuropsychometrii.



### WGLĄD I RYZYKO

Przykładowa notatka: Pacjent posiada dobry wgląd w swoją chorobę, ma szeroką wiedzę o jej przebiegu i leczeniu. Ryzyko dla siebie: niskie; dla innych: niskie; wykorzystania: niskie.

## MYK KLINICZNY MÓJ WUJEK JOHN

Dobrą techniką do zadawania niektórych pytań jest normalizacja lub technika "mój wujek John". Normalizacja polega na stworzeniu wrażenia, że objawy, które pacjent może mieć są najnormalniejsze w świecie. Polega ona na egzaminatorze, który bez wzruszenia głowy wysłucha o problemach chorego i będzie zadawał pytania bezwiednie i bez emocjonalnych inwestycji; tak jakby był pytaniem o pogodę. Technika "mój wujek John" odnosi się do ludzkiego instynktu bezpieczeństwa w grupie: "Jeśli inni to mają, to dla mnie też może być to normalne".



8. Wywiad społeczny (warunki społeczne, wpływ objawów na życie pacjenta, pozycję zawodową, finansową, rodzinną, koleżeńską, czynniki zewnętrzne, które mogły spowodować objawy).

10. Uwarunkowania prawne (konflikty z prawem, z policją, status unieruchomienia, poczytalności)

11. Badanie fizykalne i MSE.

12. Pobranie krwi, pomiary ciała, EKG.

Przedstawione tu nagłówki wywiadu początkowego stanowią jedynie *pomoc* w przetworzeniu informacji w konstrukt logiczny i systematyczny. Nie jest to formularz, jaki należy wypełnić ani lista rzeczy, które trzeba od pacjenta wymusić.

### EPIKRYZA

Ostatecznie w dokumentacji pacjenta warto jest umieścić podsumowanie, tj:

1. Skróć wywiadu podstawowego.
2. Rozpoznania różnicowe (w tym, jeśli jest na to czas, "za" i "przeciw").
3. Przeprowadzone badania.
4. Leczenie.
5. Prognoza.

Warto jest też przekazać konkretny plan leczenia i wskazać osoby lub instytucje odpowiedzialne za leczenie. Staraj się nie obciążać pacjentów dodatkowymi zadaniami, zamiast: „zalecana konsultacja kardiologiczna”, napisz: „wymagane ponowne sprawdzenie EKG za miesiąc (03/12/2020), w razie normalnych wyników, brak zmian w lekach”. Jeśli potrzebujesz jakichś badań, sam je wykonaj i sam śledź ich wyniki, a następnie eskaluj do odpowiednich specjalizacji i informuj pacjenta.

### OCENA POCZYTALNOŚCI

Poczytalność może być używana jako figura prawna, społeczna bądź neurologiczna. Dla potrzeb tego podręcznika, umówiony zostanie prosty proces oceny poczytalności dla potrzeb diagnostyki i leczenia chorób mózgu, niekoniecznie kompatybilny z prawem lokalnym. Poczytalność jest wrodzonym prawem człowieka. Każdy pacjent, niezależnie od stanu zdrowia, funkcji społecznej, demografii czy wieku JEST POCZYTALNY, chyba, że udowodnimy, że jest inaczej. To na nas spoczywa ciężar dowodu w tej sprawie.

### POCZYTALNOŚĆ WYMAGA MOŻLIWOŚCI:

1. Przyjęcia informacji
2. Zapamiętania jej na okres wystarczający do jej przemyślenia (nie dłuższy niż to!).
3. Przeanalizowania jej meritum, np. "za" i "przeciw", nawet jeśli nie są to „mądre” argumenty.

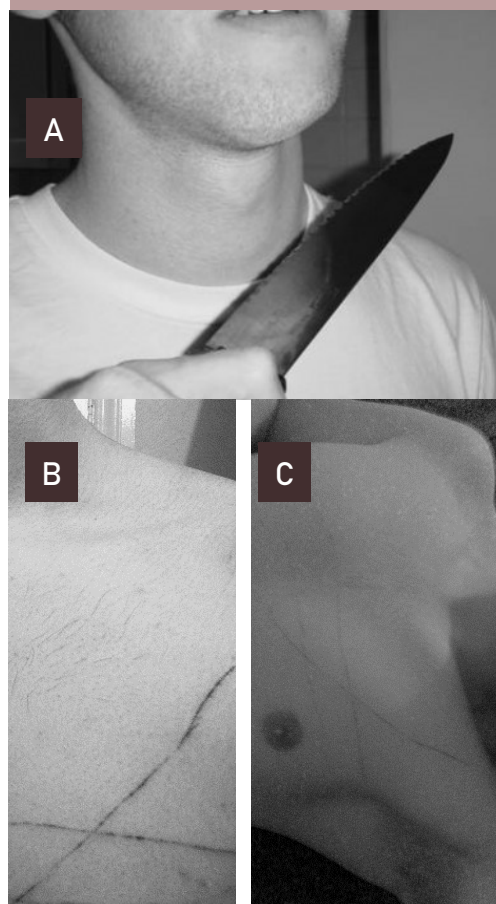
4. Podjęcia decyzji.

5. Komunikacji decyzji.

Jest niezwykle ważnym, aby pamiętać, że meritum nie musi być logiczne! Decyzja musi być uszanowana nawet jeśli pacjent podejmuje ją na kanwie czegoś, co dla egzaminatora wydaje się nieodpowiednie, np. na podstawie religii, urojeń, halucynacji, wpływu mediów społecznościowych czy zasłyszanych grepsów. Znanym przykładem jest pacjent zakładu zamkniętego Broadmoor, który podjął decyzję o odmowie leczenia gangreny stopy, ponieważ Bóg powiedział mu, że jest najlepszym lekarzem na świecie i wie lepiej od chirurgów naczyniowych! Uszanowano jego decyzję w sądzie, mimo ostrego sprzeciwu lekarzy (Herring, 2010). Co ciekawe, pacjent przeżył i zachował obie nogi. Komunikacja nie musi być werbalna. Osoby, które nie porozumiewają się za pomocą języka mówionego, mogą przekazać swoje informacje przez, np. pomoce graficzne, wskazanie palcem, mrugnięcie okiem, pisanie, etc.

### 1. SAMOOKALECZENIE

Podczas badania wyglądu ważne jest zauważenie głębokości ran oraz ich miejsca. Ofiara często wybiera dostępne miejsca np.: szyja (A), klatka piersiowa (B,C), przedramię i zadaje sobie rany płytkie i podłużne. Czasami chory wybiera miejsca niewidoczne celem zadania sobie bólu, a nie zwrócenia uwagi (potencjalnie większe ryzyko) ↓



## MYK KLINICZNY KEBAB U MEHMETA

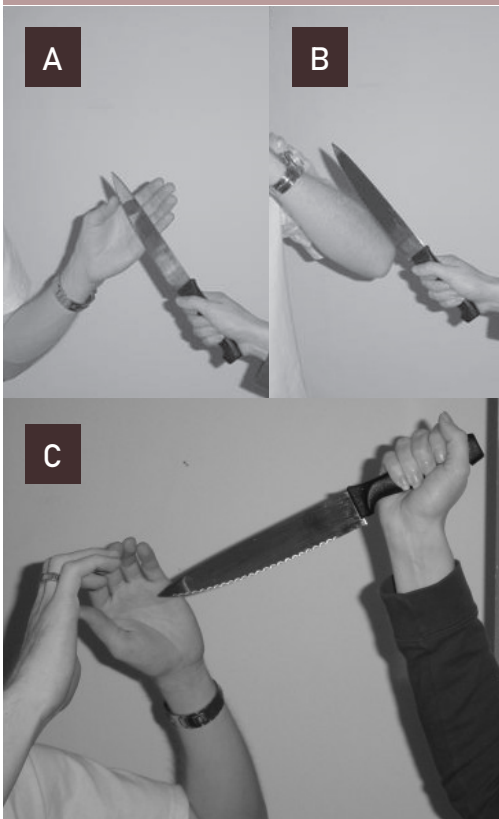
Poczytalność jest specyficzna do: sytuacji, czasu i decyzji. Tak samo jak pijany nastolatek może mieć poczytalność, aby zdecydować o tym, jaki sos do kebabu wybrać u Mehmeta (*polecam - Bad Muskau, Saksonia; niesponsorowany*) ale w tym samym stanie może nie być poczytalny do decyzji o operacji wycięcia nowotworu mózgu. Per analogiam, starsza pacjentka z zaawansowaną demencją może podjąć decyzję o wzięciu udziału w badaniu naukowym czy wybrać odpowiednią pozycję z karty dań, nawet jeśli następnego dnia o tym zapomni.





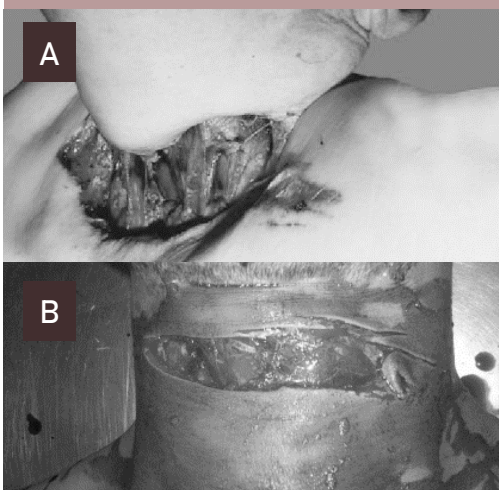
## 2. ATAK / PRZEMOC DOMOWA

Na rycinach (A,B,C) pokazane są miejsca, których uraz sugeruje samoobronę przed ostrym narzędziem, np. w przypadku przemocy domowej. Nóż, po pokonaniu obrony elastyczności skóry, przesuwają się w środek ciała prawie zawsze do końca, zgodnie z energią nadaną mu przez napastnika. Rana taka jest zazwyczaj wąska i głęboka w przeciwieństwie do samookaleczeń, które bywają płytkie i podłużne ↓



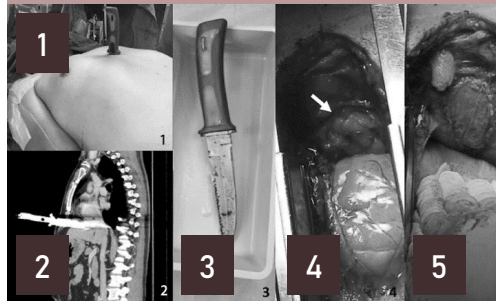
## 3. PRÓBY SAMOBÓJCZE

Na panelach (A,B) uwidocznione próby przecięcia szyi. Ofiara (A) piłą mechaniczną, (B) ostrym narzędziem. U (B) widać również nacięcia nieskuteczne (płytkie) oznaczające, że ofiara wahała się przed skończeniem procedury ↓



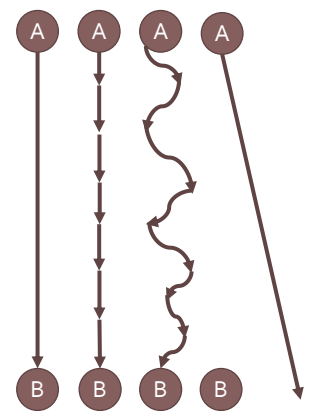
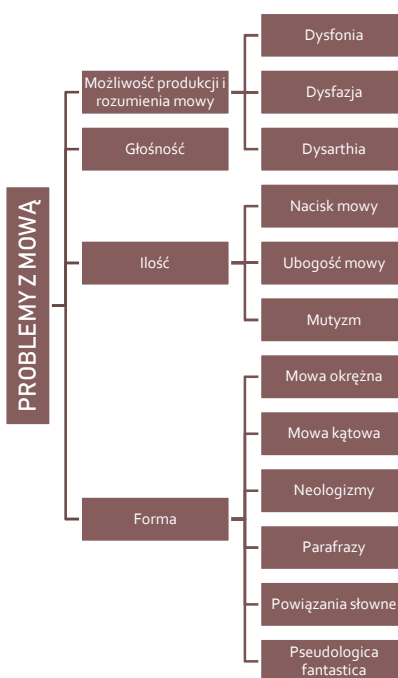
## 4. PRÓBY SAMOBÓJCZE

Panel ilustruje 1: pacjent z wbitym nożem (rana wąska), 2: skan ukazujący głębokość rany, 3: fotografię noża, 4 i 5: rany wewnętrzne ↓  
(Hejna, 2013; Jiritano et al., 2017)



## MYK NAUKOWY ŁATWE ZAPAMIĘTYWANIE

Polecam pisanie sobie na kartce papieru nagłówek do wywiadu. MSE zapamiętaj mnemonikiem: „Wolę Zjeść Melona Niż Dynię” Mawiał Prężnie Kazimierz Wielki (od liter: (W) ygląd, (Z) achowanie, (M) yśli, (N) astrój, itd. Zapamiętasz szybciej niż myślisz!



Od lewej: (1) myślenie logiczne od pytania do odpowiedzi; (2) myślenie konkretne (jednotworowe, skupiające się na szczegółach, wybranych słowach, przyjmujące tylko jeden hiperlogiczny, toporny tryb rozumowania); (3) mowa okrężna (wiele niepotrzebnych informacji, ale dociera do celu); (4) mowa kątowa wykoleja się, brak dotarcia do odpowiedzi.

## 3. ROZPOZNAWANIE ZABURZEŃ MOWY - PRZEGLĄD

Problemy produkcji mowy biorą się z deficytów neurologicznych szlaków odpowiedzialnych za jej procesowanie. Może to być brak możliwości wokalizacji dźwięków (dysfonia), odpowiedniej artykulacji (dysartia) zrozumienia (dysfazja receptywna) czy wymówienia (dysfazja ekspresywna).

Głośność wynika najczęściej z usposobienia lub sytuacji. Ilość mowy może być zbyt duża: chory nie jest w stanie powstrzymać presji nacisku mowy lub bardzo mała: charakteryzująca się lakonicznymi odpowiedziami (ubogość) czy wręcz mutyzmem (brakiem mowy w ogóle).

Forma mowy ma olbrzymią ilość różnorodnych zjawisk neurologicznych. Najczęściej spotykane to gdy chory odpowiada okrężnie, ale dochodzi do odpowiedzi (mowa okrężna, *circumstantial speech*) lub kątowa (*tangential speech*), kiedy odbija na inny zupełnie kierunek. Powiązania słowne to deficyt polegający na łączeniu słów przez ich dźwięk, a nie znaczenie. Produkcja nowych twórców może być ograniczona do słów (neologizmy), znaczeń (parafrazy) lub faktów (Pseudologia fantastica, czyli płynne i przekonujące kłamanie).

W literaturze dostępne są o wiele rzadsze, ale może i być może bardziej interesujące zaburzenia, takie jak Vorbeigehen (rozpoznanie sensu pytania, ale niepoprawna odpowiedź, np. Ile nóg ma pies? Sześć - w zespole Gansera u więźniów) czy sałata słowna (losowe wyrazy, np. stół, kotlet, kubek).



UROJENIA KONTROLI	UROJENIA PERSEKUCYJNE	UROJENIA REFERENCJI (KSOBNE)
"Mogę kontrolować wszystko, co wokół mnie się znajduje... wkładam ludziom myśli do głowy, decyduję o tym, co robią i jak się zachowują. Wszyscy mi podlegają."	"Ścigają mnie... to na pewno za to, że zjadłem zbyt dużo chleba... Oni już to wiedzą. Bóg pokarał mnie bólem pleców za to już dzisiaj rano, niedługo mnie znajdą!"	"Słyszałaś, że w Paryżu był zamach? Byłam tam na wakacjach... Słuchałam jednej z ofiar, to zupełnie jakbym ja nią była! Ona mnie opisuje!"
UROJENIA WIELKOŚCIOWE	UROJENIA NIHILISTYCZNE	UROJENIA ROMANTYCZNE
"Jestem największym i najlepszym chirurgiem na świecie, nie ma drugiego, który tyle potrafi. Beze mnie ten szpital by nie działał"	"Nie nadaję się do niczego, nic nie ma sensu, za niedługo umrę, nic dla mnie nie istnieje, ja sam dla siebie już nie istnieje"	"Na pewno mnie zdradza! Muszę założyć mu podsłuch... i identyfikację GPS. Widziałam jak ostatnio gadał z nią na Instagramie!"

## ROZPOZNANIE RÓŻNICOWE

### W GABINECIE

#### Grupa Środowiskowej Interwencji Kryzysowej

Diagnostyka: Przyjętą wcześniej pacjentkę należy odpowiednio zdiagnozować i zaplanować leczenie.



#### PIRAMIDA ROZPOZNANIA RÓŻNICOWEGO

- I. Delirium
- II. Odwracalne zaburzenie tymczasowe (medyczne)
- III. Neurodegeneracja, autoimmunologia, zmiana histopatologiczna okupująca miejsce
- IV. Pierwotne zaburzenia psychotyczne, afektywne, limbiczne
- V. Zaburzenia konwersyjne, niewytłumaczalne medycznie.

Nie doszukiwałam się teorii spiskowych tam, Gdzie coś można coś wytłumaczyć  
Zwykłą ludzką głupotą.

#### Prof. Joanna Senyszyn, Skandaliści

**P**o zebraniu wszystkich informacji przechodzi czas na postawienie diagnozy. Ta często stanowi nie lada wyzwanie! Warto jest zatem skonstruować przynajmniej trzy rozpoznania różnicowe. Są to teorie, które mogą być prawdopodobne w danym przypadku. Jeśli okaże się, że, w skutek dalszej diagnostyki, któraś z propozycji okaże się być nieprawidłowa, pozostaną nam dwie alternatywy, które dadzą nadzieję na szybsze znalezienie odpowiedzi na uśmierzanie objawów choroby mózgu. Jeśli skupimy się tylko na jednej diagnozie, często możemy popaść w śmiertelny błąd głuchości na nowe informacje czy dane diagnostyczne, które zaprzeczają naszej opinii. Wobec całkowitego jej wykluczenia pojawia się frustracja i gorycz porażki.

Posiadanie otwartego umysłu i pracującej listy rozpoznań różnicowych pomaga uniknąć nam tych paroksyzmów. Zwłaszcza, że podręcznikowa prezentacja bardzo rzadko pojawia się *in vivo*. Niestety pacjenci nie czytają Oxfordzkiego Podręcznika Medycyny Klinicznej przed przyjściem do szpitala, więc nie wiedzą jakie objawy *powinni* mieć. Jak mówił prof. Bogdanowicz: „każdy choruje jak umie”. Rozpoznanie warto jest podzielić na następujące grupy:

**I. Najgroźniejsze** (być może mało prawdopodobne!) – te chcemy wykluczyć jak najszybciej!

**II. Najbardziej prawdopodobne** – te, które są wspierane przez największą ilość dowodów.

**III. Rzadkie, ale łatwo naprawialne** – te, które może nie występują często, ale ich leczenie jest szybkie i może dać łatwo obserwowalny efekt

**VI. Rzadkie, ale prawdopodobne** – lubię mieć przynajmniej jedną taką diagnozę z tyłu głowy; może być przydatna, gdy I-III okażą się nietrafne! Posłuży mi również jako wstęp do reorganizacji tej listy później.

Wśród rozpoznań różnicowych warto jest dokonać priorytetyzacji wobec piramidy diagnostycznej chorób mózgu. Toteż, jeśli dowody wspierają diagnozę wyżej na piramidzie, winno się wybrać właśnie tę opcję. Na przykład osoba, która wczoraj była zdrowa, a w piątek wieczór majaczy i chybnie się na nogach, najprawdopodobniej jest w stanie delirium alkoholowego, a nie pod wpływem zaburzeń wynikających z nowotworu mózgu, manii, zaburzeń adaptacyjnych lub osobowości.

#### KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE

»Panie doktorze, a to na jakie ja zaburzenia spełniam kryteria diagnostyczne?«  
»Proszę Szanownego Pacjenta, na żadne. Bo te kategorie to są Dla dzieci wymyślone! Kto tam diagnozuje z ICD 10?!«

– lek. med. Przemysław Zakowicz, psychiatria

W rozpoznaniu chorób można posiłkować się kryteriami diagnostycznymi lub kodami z międzynarodowych klasyfikacji takich jak ICD-10 czy DSM-V (lub ich późniejsza aktualna wersja). Warto jest śledzić klasyfikacje, których używa się

w diagnozie i leczeniu chorób w badaniach naukowych, którymi się posługujemy.

Na przykład, gdy przepisujemy lek bądź kierujemy na terapię na podstawie badania RCT, sprawdźmy jakimi kryteriami diagnostycznymi posługiwali się naukowcy... te mogą być zupełnie różne od stosowanych w diagnozie naszego pacjenta, co może wpłynąć na naszą decyzję.

Warto pamiętać, że chorzy nie wymagają od lekarzy perfekcyjnej wiedzy i nieomyślności, dopóki lekarz sam nie twierdzi, że jest nieomyślnym ekspertem. Zaangażowanie pacjenta w rozpoznanie różnicowe i leczenie jest niezwykle ważne. Nie sposób powiedzieć tego dosadniej!!! Będzie to różnica między zadowolonym pacjentem, który ramię w ramię z nami walczy o zdrowie i dojście do aetiologii a chorym biernym, zniechęconym i niezadowolonym.

Częste uaktualnianie listy rozpoznań różnicowych pomaga nam w zachowaniu dobrej wiary u osoby chorej. Należy za wszelką cenę unikać obwiniania pacjenta za niepowodzenie diagnostyczne lub zostawiać go bo "ja już tu nic nie wymyślę".

Jeśli choroba przekracza możliwości lekarza bądź placówki - bądźmy otwarci i mówmy o tym; dzielimy się naszymi spostrzeżeniami i słuchajmy uważnie opinii pacjenta. Ważne, aby wszelkie decyzje dotyczące leczenia i diagnozy były zrozumiane i pożądane przez chorego.

Pamiętajmy, nawet w nieuleczalnych chorobach, zawsze, ale to zawsze da się coś zrobić! Zarządzanie objawami, uśmierzanie bólu, podawanie wsparcia i informacji, branie udziału w badaniach naukowych - te opcje są dostępne dla każdego niezależnie od choroby.

W myśl francuskiego XV-wiecznego przysłowia:

*Guerir quelquefois,*

*Soulager souvent,*

*Conseler toujours.*

*Wylecz czasami*

*Uśmierzaj często,*

*Wspieraj zawsze.*

## W SŁUŻBIE BEZPIECZEŃSTWA

Pacjenci z historią zaburzeń przemocy mogą stanowić nie lada wyzwanie. Oto kilka wskazówek, jak można uniknąć konfrontacji:

- Odpowiedni ubiór – profesjonalny i bez prowokujących znaków (logo, napisy, biżuteria), bez fragmentów ubioru, za które można złapać.
- Prośba o pomoc – nie bój się poprosić doświadczoną pielęgniarkę lub członka rodziny o pomoc. Znajoma twarz często uspokaja pacjentów. Poza tym bliscy mają o wiele większą wiedzę i doświadczenie z pacjentem (to często jest bezcenne!).
- Dobra praca zespołowa – pielęgniarki, zwłaszcza specjalistyczne to twoi najwięksi sojusznicy. Dbaj o nie, przynos czekoladki, rób herbatę i wspieraj jak najbardziej się da. Ułatwi ci to życie, kiedy ty będziesz potrzebował profesjonalnej pomocy. Specjalistyczne pielęgniarki często znają dużo ciekawych myków klinicznych, zapytaj je o to!
- Przygotowanie pokoju – rozstaw krzesła, aby mieć dobry dostęp do wyjścia, noś przy sobie alarm, daj pacjentowi odpowiednią przestrzeń osobistą.
- Pracuj z pacjentem – zawsze zapytaj się o zgodę na przeprowadzenie wywiadu, zapewnij, że może być on przerwany w każdym momencie i że jest nieobligatoryjny.
- Czytaj znaki niewerbalne irytacji czy złości (długotrwałe patrzenie się, rozszerzone źrenice, zmarszczone brwi, szybkie oddychanie, potliwość, przekrwienie twarzy)
- Deeskaluj konflikty – nie daj się sprowokować, mów spokojnie i miarowo, zachowuj spokój i usuwaj czynniki, które denerwują pacjenta.

## KOMUNIKACJA

Po zbadaniu pacjenta, pamiętaj, aby poinformować innych o tym, co postanowiłeś i jakie zmiany w leczeniu zaleciłeś. Karta wizyty pacjenta lub wypis powinny być wydane choremu. Niestety, w Polsce listy do innych osób zaangażowanych w opiekę nad pacjentem są niezwykle rzadkie. Pamiętaj aby:

- Zaoferować dane kontaktowe do sekretariatu,
- Napisać rozpoznania na samym początku, razem z kodami ICD. Jeśli wystąpiły zmiany w leczeniu bądź medykamentach, zaznacz to wyraźnie.
- Być klarownym w informacjach, zaleceniach i rekomendacjach

*Poniżej przedstawiamy przykład.*



Niektóre zakłady oferują zajęcia z samoobrony oraz ucieczki z opresji wobec atakującego pacjenta.

**Dr Maksymilian A. Brzezicki**  
BMedSci (1<sup>st</sup> Hons) FNS MB ChB  
Academic Junior Doctor  
Clinical Research Fellow  
Neurosurgery & Rare Diseases  
[max.brzezicki@nhs.net](mailto:max.brzezicki@nhs.net)

**Dr Maciej Ostrowski**  
POZ "Wyobraźnia"  
Ul. Przykładowa 1/1  
00-001 Włodzimierz Wołyński

Re: Lesley X, Data ur. 10/08/1965, Nr księgi 444-711-3201  
ul. Wymyślona 401/2 00-001 Stanisławów

#### Rozpoznanie:

**F19.9 Choroba psychiczna spowodowana przyjmowaniem środków psychoaktywnych**

Data: 02 listopada 2020

**Szanowny Panie Kolego,**

Dziękuję za skierowanie do mnie tej uroczej 55-letniej kobiety, którą przyjąłem w stanie aktywnego zagrożenia dla życia, w ramach Środowiskowej Grupy Interwencji Kryzysowej. Pani X jest z bezrobotną mamą, która w zeszły czwartek zagroziła wyrządzeniem sobie krzywdy ostrym narzędziem (nożem kuchennym). Wezwana przez sąsiadów policja i ratownicy medyczni również znaleźli się w tym krzyżowym ogniu jej autowanitatywnej desperacji. W toku późniejszego postępowania, okazało się, że jej syn, czternastoletni John, zmarł kilka dni wcześniej, a jego ciało było przechowywane w jego pokoju na piętrze. Pani X nie jest znana systemowi opieki zdrowotnej czy społecznej.

#### Przebieg hospitalizacji

Pani X przebywała na oddziale leczenia chorób mózgu przez 14 dni. Podczas pobytu uwidoczniła różnorodny obraz paranoidalny: halucynacje wzrokowe, słuchowe, zaburzenia myśli. We krwi oznaczono alkohol etylowy, a toksykologia wykazała mieszkankę różnych środków psychoaktywnych. Na szczęście Pani X nie miała silnych napadów, objawów zapaści oddechowej czy jakichkolwiek problemów sercowo-naczyniowych.

Nie zastosowałem terapii antypsychotycznej, albowiem chora odpowiedziała znakomicie na detoksykację oraz terapie psychologiczne i zajęciowe. Po 10 dniach pobytu, kwestionowała już swoje objawy i zaczęła procesować ich sens. Wtenczas nastąpiła również intensyfikacja poczucia winy i obniżonego afektu. Pod koniec przyjęcia, u Pani X nastąpiła całkowita remisja objawów psychicznych. Chora znakomicie angażuje się w zajęcia na oddziale oraz uczęszcza na psychoterapię, która będzie kontynuowana w trybie ambulatoryjnym.

Pani X była eskortowana do swojego domu, w który uporządkowała i przygotowała do ponownego zamieszkania. Wobec powyższego, podjąłem decyzję o wspomaganym wypisie oraz przekazaniu dalszej opieki zespołowi pomocy w uzależnieniach oraz zespołowi wczesnego reagowania po utracie bliskiego.

#### Opinia i leczenie ambulatoryjne

W badaniach wstępnych oznaczono liczne substancje psychoaktywne. Ich dokładna mieszanka jest trudna do ustalenia. Dobrym znakiem jest ustąpienie objawów psychicznych. Kolejnym znakomitym czynnikiem prognostycznym jest zachowany krytycyzm oraz szybkość i chęć angażowania się w terapię. Priorytety leczenia przedstawiam poniżej.



CZYNNIKI	Biologiczne	Psychologiczne	Społeczne
Predestynujące	Przyjmowanie leków psychoaktywnych	Podatna osobowość	Separacja społeczna
Spustowe	Psychoza polekowa / delirium alkoholowe	Śmierć syna	Separacja od rodziny i przyjaciół w trudnej chwili
Kontynuujące	Halucynacje	Samotność wobec śmierci	Brak wsparcia społecznego

Czynniki predestynujące to takie, które sprawiają, że dany pacjent może być bardziej podatny na chorobę; spustowe to takie, które bezpośrednio doprowadziły do takiego stanu. Kontynuujące to takie, które napędzają chorobę.

STRATEGIE	Biologiczne	Psychologiczne	Społeczne
Szybkie	Detoksykacja lekowa na oddziale	Psychoterapia i terapia zajęciowa na oddziale	Telefon do rodziny
Średniego zasięgu	Monitoring objawów odstawienia, powtórki psychozy	Terapia CBT, pomoc prawna, rodzinna, finansowa, zawodowa	Integracja z rodziną
Długiego zasięgu	Próba abstynencji	Uniezależnienie od świadczeń psychologicznych	Integracja z sąsiadami i społecznością lokalną

#### Badanie stanu umysłu (MSE) - Przeprowadzone w trakcie interwencji kryzysowej w domu pacjentki.

**Wygląd i Zachowanie:** Pacjentka w średnim wieku o jasnej karnacji, drobnej postury w ciemnych włosach, ubrana nieschludnie w nocną koszulę, z wyraźnym zaniechaniem higieny osobistej od kilku dni. Zwizualizowano niedawny spadek wagi (przez obserwację zwiótczanej skóry). Mieszkanie w stanie dużego zaniedbania, duże zagracenie i przewalencja przedmiotów nieużytecznych lub o wątpliwym użytku (np. hełmy z folii aluminiowej, zapora przed schodami). W domu panuje odór rozkładu. Zachowanie ogólnie niespokojne, kurczowe ruchy oczu na schody, słaby kontakt wzrokowy, obniżona mimika twarzy. Niemożność ustalenia jednego miejsca siedzenia, częste zmiany pozycji ciała.

**Mowa:** Forma: TON poniesiony albo obniżony, ale nigdy normalny, GŁOŚNOŚĆ zazwyczaj podniesiona, ILOŚĆ normalna, względnie obniżona, uboga. Treść: Powtarzalna, niespójna.

**Tymia (nastrój):** Obiektywnie i subiektywnie hipotymiczny (obniżony), afekt reaktywny i kongruentny z nastrojem. Uwidoczniono biologiczne symptomy hipotymii, tj. zaburzenia snu, wczesne budzenie się, brak koncentracji, anhedonia.

**Depersonalizacja / derealizacja:** Częściowa derealizacja.

**Myśli:** brak odpowiedzi na pytania (mutyzm) lub odpowiedź kątowna (na inny temat, nie dochodzi do odpowiedzi). Insercja myśli. Urojenia materializacji życia syna (który nie żyje, zwłoki ukrywane w pokoju), uwidocznione również zachowaniem (karmienie syna) i sprzeczne ze stymulacją zewnętrzną (jedzenie nie było zjadane). Urojenia kontroli zewnętrznej / persekurecyjne („ludzie w kapturach”, którzy wydają rozkazy).

**Percepcja:** Halucynacje wzrokowe (ludzie w kapturach) i słuchowe, trzecioosobowe (ludzie w kapturach mówią), brak komend.

**Kognicja:** Brak formalnego oznaczenia kognicji. Makroskopowo normalna.

**Wgląd:** Brak zachowanego wglądu w proces chorobowy.

**Ryzyko:** Dla siebie: niskie, dla innych: niskie, zaniedbania: wysokie

#### Plan

1. Wypisanie w stanie ogólnym dobrym
2. Skierowanie do zespołu wczesnego reagowania po utracie bliskiego (wystawione, pierwsze spotkanie jutro)
3. Skierowanie do zespołu pomocy w uzależnieniach (pierwsze spotkanie zakończone, nast. za tydzień)
4. Brak leczenia farmakologicznego
5. Wizyta kontrolna za dwa tygodnie

Z wyrazami szacunku,

*Dr Maksymilian A. Brzezicki*

**Dr Maksymilian A. Brzezicki**  
Akademicki Lekarz Neurochirurg  
Uniwersytet w Oxfordzie



NUFFIELD DEPARTMENT OF  
**CLINICAL NEUROSCIENCES**  
Medical Sciences Division

DELIVERING CLINICAL EXCELLENCE THOROUGH  
WORLD-CLASS RESEARCH AND CARE

West Wing, Level 6, John Radcliffe Hospital, Oxford, OX3 9DU  
Web: ndcn.ox.ac.uk | Twitter: @NDCNOxford | Tel: +44(0)1865 228973



**Dr Maksymilian A. Brzezicki**  
BMedSci (1<sup>st</sup> Hons) FNS MB ChB  
Academic Junior Doctor  
Clinical Research Fellow  
Neurosurgery & Rare Diseases  
max.brzezicki@nhs.net

**SzP Lesley X**

Ul. Wymyślona 401/2  
00-01 Stanisławów

Nr księgi 444-711-3201

**Rozpoznanie:**

**F19.9 Choroba psychotyczna spowodowana przyjmowaniem środków psychoaktywnych**

Data: 02 listopada 2020

**Szanowna Pani X,**

Dziękuję jeszcze raz za poświęconą mi uwagę podczas Pani pobytu na oddziale chorób mózgu naszego szpitala uniwersyteckiego. Ten list to krótkie powtórzenie naszych ustaleń z ostatniego spotkania wypisowego.

Przeżycia, których Pani doświadczyła (halucynacje, zaburzenia myśli, problemy z utrzymaniem porządku domowego) były objawami choroby mózgu nazywanej przez nas fachowo psychozą. Powoduje ona stan umysłu, w którym bodźce zewnętrzne są fałszywie interpretowane. W Pani przypadku choroba ta była wywołana przyjęciem wielu substancji. Więcej informacji na ten temat znajdzie pani na stronie naszego szpitala (URL).

Substancje te pozwalały Pani przejść przez trudny okres po utracie syna. Niestety, ograniczyły one również funkcjonowanie układu nerwowego. Gdy przebywała Pani na naszym oddziale, udało nam się oczyścić Pani organizm z tych substancji. Na szczęście, objawy psychozy okazały się tymczasowe. Jest mi niezmiernie miło, że brała Pani udział w zajęciach z psychoterapii. Terapia ta pomoże Pani rozwiązać wiele problemów, które dotychczas mogły być ukrywane przez substancje psychoaktywne i inne leki.

**Zgodnie z naszymi ustaleniami, otrzyma Pani wsparcie z trzech stron.** Po pierwsze, zespół wczesnego reagowania po utracie bliskiego pomoże Pani w tym niezwykle trudnym okresie żałoby po utracie syna. Po drugie, zespół pomocy w uzależnieniach dostarczy Pani specjalistycznej wiedzy w tym jak rozwiązać inne problemy, np. trudności finansowe czy zawodowe. Po trzecie, od strony medycznej otrzyma Pani wsparcie w ramach opieki zdrowotnej w naszym szpitalu i przychodni lekarza rodzinnego (jeśli zajdzie taka potrzeba).

Na szczęście nie potrzebuje Pani obecnie przyjmować żadnych leków. Testy diagnostyczne krwi oraz badania fizykalne są jak najbardziej w normie. Mam nadzieję, że zobaczymy się za dwa tygodnie z poradni chorób mózgu. Tymczasem życzę dużo zdrowia i pogody ducha.

Z wyrazami szacunku,

**Dr Maksymilian A. Brzezicki**  
Akademicki Lekarz Neurochirurg  
Uniwersytet w Oxfordzie



# NIEZBĘDNIK EKSPŁORATORA MÓZGU



←Domenico di Michelino, *La Divina Commedia di Dante (Dante i Boska Komedija)*, 1465. Fresk, w kopule kościoła Santa Maria del Fiore we Florencji, domena publiczna.

Ty który wchodzisz, zegnaj się z nadzieją...  
 - Na odrzwiach bramy ten się napis czyta  
 O treści memu duchowi kryjomej  
 »Mistrzu«, szepnąłem, »z tych słów groza świta!«  
 A on mi na to, jak człowiek świadomy:  
 »Tu oczyść serce podłością zatrute,  
 Tu zabij w sobie wszelki strach znikomy.  
 Do miejsc my przyszli, gdzie czynią pokutę  
 Owi, com mówił, boleści dziedzice,  
 Duchy ze skarbu poznania wyzute«

Dante Alighieri, *Boska Komedija*.

**E**kspłoracja ludzkiego mózgu może być trudną, a czasami bardzo przerażającą wędrówką. W ginekologii i położnictwie onkologicznym, przy rozszanym nowotworze i wieloma zrostami po poprzednich operacjach, zabieg okazuje się tak trudny i skomplikowany, że chirurdzy mówią o podbrzuszach, do których „woleliby, gdyby do nich nie wchodzili”. Nierzadko w pracy z chorobami mózgu, zwłaszcza u osób młodych, ze zgoła „normalnego” segmentu społeczeństwa, to, co zastaniemy w środku może być przerażające. Warto jest wtedy posłuchać się rady mistrza z wersetów „*Boskiej Komedii*” i oczyścić swoje serce, głowę czy stan umysłu z emocjonalnych koneksji. Bycie znieczulonym nikomu nie służy, ale każdy z nas potrzebuje czasami przerwy, odetchnięcia i zrobienia sobie ciepłej herbaty. Postarajmy się to zrobić, zanim przejdziemy do następnego pacjenta, aby jego konsultacja nie była naznaczona naszym przykrym doświadczeniem.

## WPROWADZENIE DO ROZMOWY

Przydatną umiejętnością jest rozpoczęcie konsultacji z pozytywnym nastawieniem.

- Uśmiechnij się i nawiąż kontakt wzrokowy, po czym przedstaw się. Użyj grzecznościowej formy, Pani/Pan z nazwiskiem.
- Uściśnij dłoń (NB osoby z bólami w kościach i stawach lub osoby z innych kultur niekoniecznie muszą aprobować ten gest) – kontakt niewerbalny jest bardzo ważny zarówno dla pacjenta jak i lekarza!
- Wyłumacz, dlaczego tu jesteś i poprosz o zgodę (patrz: autonomia i wybór) – jeśli odmówi zapytaj dlaczego, sprawdź, czy woli porozmawiać w prywatnym miejscu.
- Wykaż zainteresowanie – ludzie uwielbiają, gdy ktoś inny się nimi interesuje. Zwłaszcza, jeśli w domu / pracy nikt nie poświęca im tyle uwagi. Jeśli inny człowiek chce posłuchać o ich historiach i tym, co mają do powiedzenia, z chęcią będą o tym mówić.

- Ustawienie gra rolę – użyj kąta 90 a nawet 180 stopni. Pomyśl sobie, jak lepiej się czujesz: gdy ktoś patrzy na ciebie konfrontacyjnie vis-a-vis, czy gdy siedzicie koło siebie. Jedne z najszerszych i najluźniejszych rozmów mamy ze sobą, gdy jedziemy samochodem i oboje patrzymy przed siebie (kąt 180 stopni).

## TECHNIKI ROZMOWY

- Cisza to poważna broń. Stosują ją rozważnie i naucz się jej komfortowego używania. Pacjent sam ją zapełni, jeśli nie damy mu wyjścia przez rozmawianie.
- „Uhm / mmm” jako rozumienie jest ważniejsze niż myślisz.
- Podsumowanie i parafraza – używaj często; pomagają w pokazaniu, że rozumiesz dobrze to, co chory do ciebie mówi.
- Mowa ciała – używaj postawy otwartej, pochyl się lekko, przekręć głowę lekko, aby pokazać, że słuchasz. Nie przejmuj się, jeśli pacjent nie popatrzy na ciebie; spotkaj się wzrokiem, gdy chory stwierdzi, że może ci na tyle zaufać.
- Zadaj otwarte pytania, np.: „bardzo ciekawe, opowiedz mi o tym więcej...”, „opisz jak to dla ciebie wyglądało” – to da ci więcej informacji niż „czy zdarzyło się xyz”. Pytania zamknięte „kiedy/ile razy/czy” są ważne, ale tylko w formie pomocniczej.
- Złota minuta – pamiętaj, że pacjenci bardzo często będą czekali na ciebie w poczekalni. Tam ułożą sobie historię w głowie i będą chcieli ją zaprezentować jak najlepiej. Pozwól im na przedstawienie tego destylatu w ciszy. To najważniejsze i najlepiej skondensowane informacje.
- Łącz fakty – to pomoże w ułożeniu sobie historii w głowie, np.:  
 –Czuję się okropnie od kilku miesięcy...  
 –Hmm... czy coś się zdarzyło kilka miesięcy temu? [doszukiwanie się czynnika spustowego]

## MYK KLINICZNY OGLĄDANIE FILMU

Kiedy oglądasz dobry film, starasz się „wczuć” w rolę głównego bohatera, utożsamiasz się z nim. Powoduje to, że lepiej przeżywasz i rozumiesz to, co film pokazuje. Tak samo możesz spróbować wejść w buty pacjenta. Uważaj jednak, aby niezbyt przeżywać to co się dzieje... pamiętaj, że to tylko film!

## ! AUTONOMIA I WYBÓR

„Dzień Dobry, Panie Kowalski, jestem Doktor Max Brzezicki. Mogę mówić do Pana Panie Kowalski czy wolalby Pan inną formę?” – w ten sposób pacjent uzyska autonomię i możliwość decydowania. Choroba i system ochrony zdrowia ogranicza chorych ze wszystkich możliwości władzy nad sobą, więc warto dać im chociaż tyle w tym jednym zdaniu! To samo w „Jestem jednym z lekarzy, czy zgodzi się Pan na rozmowę z mną?”.



## MYK KLINICZNY JAK ZEPSUĆ KONSULTACJĘ



Istnieje wiele technik tego, jak zepsuć sobie spotkanie z pacjentem; prosta lista:

1. Napełnij swój pęcherz, to spowoduje, że nie będziesz uważny i wydasz się zdenerwowany.

2. Przeglądaj kwestionariusz szybko i spoglądaj na zegarek, aby pokazać pacjentowi, że masz inne ważniejsze rzeczy do zrobienia

3. Wyracaj oczami i nadymaj policzki, aby pokazać, jak bardzo jesteś zniecierpliwiony albo znudzony

4. Wbij swoje oczy w pacjenta... kto mrugnie wcześniej ten przegrywa!

5. Przerwij swojemu pacjentowi. Przecież on nie ma sześciu lat studiów i ośmiu lat specjalizacji – ty wiesz lepiej!

6. Pytaj się o wszystko w kwestionariuszu. Musisz przecież wypełnić papiery, żeby się nie czepiali a ten niezorganizowany pacjent ci tylko utrudnia!

– *UFO mnie ściga. To okropne.*

– *To są ludzie, o których słyszałaś, że mówią do Ciebie? Co mówili? [łączenie urojeń z halucynacjami głosowymi]*

• Spróbuj znaleźć złote nuggetsy w tym, co mówi pacjent. To pokaże, że jesteś zainteresowany, ale i doprowadzi do diagnozy, np.

– *Czyli mogę przepisać syrop?*

– *No tak, ona ma kaszel od tygodnia.*

– *Ona? Czyli nie rozmawiam z Panią Kowalską? [klaryfikacja osoby mówiącej]*

lub

– *Zrobili mi pod górkę w pracy*

– *Oni? Kto zrobił? [urojenia? halucynacje?]*

### GDY SPRAWY IDĄ W ZŁĄ STRONĘ...

• Przeprasz, jeśli coś zrobiłeś. Nie zawsze musi być to zupełnie twoja wina.

• Pacjenci bardzo często pozywają szpital i lekarzy z powodu braku informacji lub komunikacji. Wyjaśnij jeszcze raz wszystko, co chora chciałaby wiedzieć. Spróbuj ustalić wspólne zrozumienie. Poproś o powtórzenie: „Przepraszam, chyba się nie zrozumieliśmy. Mogłaby Pani, w swoich słowach, powiedzieć mi co rozumie na temat obecnej choroby?”

• „*Jest mi naprawdę przykro, że musiałeś przez to przejść.*”, „*Nie wyobrażam sobie jakie to musi być dla ciebie trudne.*”, „*Nie wiem, co bym sam zrobił w takiej sytuacji... to musi być straszne*”, „*To, co opisujesz musi być bardzo stresujące. Naprawdę przykro mi, że musisz przez to przechodzić.*”

• „*Przepraszam, zdarzyła się pomyłka po naszej stronie. Bardzo mi przykro. Powodem tego było XYZ, robimy XYZ, aby to naprawić. Będą państwa informował na bieżąco. Naprawdę, jeszcze raz, przepraszam.*”

• Akceptuj złe położenie pacjenta. Staraj się go zrozumieć.

• Nie daj się sprowokować. Pozostań spokojny i wyważony. Nie wstawaj, nie podnoś tonu głosu, unikaj prowokujących słów, np. „*Rozumiem.*”  
 *Odp.: „NIC PAN NIE ROZUMIE.”*

• Staraj się zrozumieć przyczynę gniewu.

• Nie traktuj wyzwisk, krzyków czy złości personalnie. One są jedynie wypadkową choroby.

• Daj pacjentowi kontrolę i bezpieczeństwo. Zorientuj go do tego, gdzie się znajduje, wyjaśnij jeszcze raz co się dzieje, zaproś znajome osoby z rodziny, personelu, pokaż zdjęcia czy zapytaj o coś spoza rozmowy,

• Pytaj o powody, ale nie czyn wyrzutów, np.:

„*Jaki jest powód tego, że nie brała Pani leków? Czy jest coś, co Panią martwi?*” vs. „*Dlaczego nie bierze Pani leków? Nie wie Pani, że to szkodliwe?*”

### ZAKOŃCZENIE KONSULTACJI

• Podsumuj plan działania.

• Zapytaj się czy pacjent ma jakieś pytania i czy się czymś martwi. Czasami największym zmartwieniem jest dla pacjenta, że jego pies nie ma co jeść w domu. Przez to nie będzie angażował się w terapię. A można bardzo łatwo to naprawić, np. jednym telefonem do rodziny!

• Dziękuj za konsultację i za to, że pacjent bierze leki. Mina i zaskoczenie, że lekarz przyznaje im rację i wspiera ich dobre zachowanie jest bezcenna.

### STRATEGIE NA ZDANIE EGZAMINU

To prawda, że cały ten podręcznik dedykowany bardziej istocie praktyki medycyny i chirurgii niż sposobie zdawania egzaminów. Niemniej jednak przedstawię kilka dobrych technik i porad, które mogą się przydać.

• Oddział to najlepsze miejsce do nauki, a pacjenci są najlepszymi ekspertami. Każdy pacjent uwielbia przyczynić się do rozwoju młodych lekarzy – pytaj o ich zdanie, sprawdź, czy czuli się komfortowo, praktykuj na nich swoje umiejętności (oczywiście w granicach kompetencji),

• Poproś innych o obserwację ciebie: kolegów, przełożonych, chętnych nauczycieli,

• Stosuj się do przedstawionej ci informacji zwrotnej. Nie obrażaj się, że ktoś „wytyka ci błędy”. Staraj się wyciągać z tego wnioski i spróbuj się zmienić,

• Przyjmij, że nigdy nie będziesz idealny. Nigdy nie nauczysz się wszystkiego. Zawsze jest miejsce na usprawnienie swoich umiejętności,

Najlepiej, jeśli wyżej wymienione techniki będą używane na długo przed sprawdzianem.

### Wobec zbliżającego się colloquium:

• Zmierz sobie czas i staraj się zastosować do wyznaczonego limitu,

• Nagrywaj się na telefonie i odtwarzaj sposób w jaki mówisz, prezentujesz przypadki,

• Praktykuj z innymi studentami, studentami z wyższych lat, starszymi lekarzami i proś o ocenę wobec dostępnych publicznie arkuszy ocen.

### Podczas samego egzaminu:

• Przeczytaj wyraźnie instrukcje, dopytaj, jeśli jest taka możliwość.

- Staraj się pomyśleć, co egzaminator może mieć w arkuszu ocen, co byś sam chciał usłyszeć?
- Rozmawiaj swobodnie i na temat. Pomyśl, że to kolega pyta cię o to samo, podczas spaceru czy na oddziale. Nie staraj się na siłę wrzucić „słów-kluczy”, ale tłumacz zwięźle, używając odpowiedniej terminologii.
- Zachowaj spokój i pewność siebie. Staraj się mówić to, co wiesz i nie wymyślać. Jeśli czegoś nie pamiętasz, powiedz jak byś się zachował w klinice, np. „Nie wiem jaka jest dawka tego leku. Wolałbym mieć pewność, więc sprawdziłbym w farmakopei”, „Nie mam doświadczenia w leczeniu tego typu psychozy. Zrobiłbym zatem XYZ, przygotował XYZ a następnie poprosił starszego lekarza o pomoc, w szczególności przy XYZ”
- Przyjmij to, że możesz popełnić błąd. Czasami to jak radzisz sobie ze złą informacją może przesądzić o ocenie.
- Staraj się nie denerwować. Łatwiej powiedzieć niż zrobić? Zobacz w Internecie filmiki osób zdających egzamin, którzy są bardzo zdenerwowani. Nie skupiasz się na tym, co mówią, tylko na tym jak bardzo się denerwują...




#### MYK KLINICZNY ŚMIERĆ W DELIRIUM

Nigdy nie wiąż w pozycji leżącej pacjentów, nawet w stanie delirium! Ogranicza to respirację, zwiększa toksyczność biochemiczną i obciążenie sercowo-naczyniowe. Ciężkie delirium powoduje wiele niechcianych zgonów: śmiertelność i powikłania występuje u około 8-10% (Vilke et al., 2012; DeBard et al., 2009).

Mechanizm patofizjologiczny jest złożony, ale sprowadza się do prostej rekomendacji: ogranicz stres a nie ruchy pacjenta! (Bond et al., 2018).





WE ALL CARRY THESE THINGS  
Inside that no one else can see  
They hold us down like anchors  
They drown us out at sea  
I look up to the sky  
There may be nothing there to see  
But if I don't believe in him  
Why would he believe in me?

– **Bring Me The Horizon**, *Chelsea Smile*





← Adam Mickiewicz "Romantyczność" (obraz K. Górskiego) Utwór pokazuje niesamowitą empatię tłumy zgromadzonego wokół lamentującej matki (najpewniej z F43.2). Gawiedź solidaryzuje się z Karusią. Nie widzi ducha nieżyjącego Jaśka, ale i tak jej współczuje.

DZIEWCZYNA CZUJE, - ODPOWIADAM SKROMNIE -  
A GAWIEDŹ WIERZY GŁĘBOKO;  
CZUCIE I WIARA SILNIEJ MÓWI DO MNIE  
NIŻ MĘDRCA SZKIEŁKO I OKO.

Zaburzenia lękowe bardzo często kojarzą się z mistycyzmem. Nic bardziej mylnego. Tak naprawdę kryją się za nimi patologie zgoła prawdziwe i empiryczne. W tym rozdziale umówimy różne aspekty ludzkiej odpowiedzi na stres.

**N**ADZIEJA NA DOBRĄ KAWĘ SKOŃCZYŁA SIĘ SZYBKO. Skoro tylko przebiłem się przez stertę nieumytych naczyń i zadzierzgałem swój kubek pod dyszę nieokiełznanej maszyny, złowrogi kocioł zaczął stukać. Ku mojemu przerażeniu ostre sapnięcie ustrojstwa rychło wyzionęło parę. Ten agonalny oddech mógł oznaczać tylko jedno: intoksykacji kofeiny muszę szukać gdzie indziej.

– Zostaw to – dopiero teraz zauważyłem, że ktoś leżakuje sobie w najlepsze na fotelu. Szpital przenikały sieci inter-departamentowych intryg. Rozpostarte niczym pajęcza wić, plątały tylko ręce debutantom, którzy w swojej młodzieńczej naiwności myśleli, że da się coś zmienić w NHSowym Behemocie.

– To pewnie bojler. Naprawię.

Szeffa dzisiaj nie było. Zapewne przywrócenie kawowego mechanizmu do życia było jakąś kosią niezgody między lokalnymi margrabiami, którzy dzierżyli buławy namiestnikowskie kodów budżetowych. Moje chirurgiczne zacięcie już nie mogło się doczekać, gdy kolega wyjdzie z pokoju, a ja rozkręcę maszynę na czynniki pierwsze i naprawię jej skamieniałe wnętrza.

– Czy ktoś z was może napisać akt zgonu? – Pielęgniarka weszła do suterenu i momentalnie wyrwała mnie z transu rozkładania sobie planów urządzenia w głowie. Kolega wglębił się tylko w fotel, aby petentka go nie zauważyła.

– Pewnie – podszedłem w jej kierunku i wyjąłem z kieszeni listę pacjentów. – O którego chodzi? Pan Morris spod piątki?

– Chciałbyś. On przeżyje nas wszystkich.

– To prawda.

– Jest jeden w terenie. Mam właśnie milicjanta na telefonie – zazwyczaj młodzi lekarze nie angażują się w takie sprawy. Oznacza to bowiem wyjazd ze szpitala i inspekcję nieboszczka w jego mieszkaniu, a to nie jest, przynajmniej dla więk-

szości ludzi, sprawą ani przyjemną, ani dydaktycznie użyteczną. Ja sam współczułem denatowi; miał dzisiaj bowiem wyjątkowe nieszczęście: oprócz swojej śmierci, przyjdzie mu jeszcze zmierzyć się ze mną.

Był jeden z ostatnich dni marca. Przez niebo pełne ciemnych obłoków przebijały się gdzieś rozpalone do białości promienie słońca. Samochód kołał się przez bezdroża północnego Somerset, trawersując kilka zapomnianych rybackich wiossek. Zastanawiałem się nad czekającymi na mnie zwłokami. Zazwyczaj sprawy takie, jak ta roztrząsane są przez lekarzy rodzinnych, patologów i koronera. Toteż w grę wchodziła potencjalna sekcja zwłok, dokładne oględziny oraz udział specjalistów z dziedziny kryminologii. Z potoku myśli wybiło mnie ostre od przymrozku powietrze i gorzki dym wypalanej sosny w tawernie „Pod Kulawym Wielorybem”. Wyszedłem z samochodu, zapiąłem płaszcz i ruszyłem przed siebie. Mieścina ta kiepsko radziła sobie z rybołówczą posuchą. Kilka kutrów stało w obnażonych rdzawych barakach.

Skierowałem się w stronę lasku, wokół którego oplótł się pas policyjnej taśmy. Obok dwóch radiowozów, widać było pakujących się do domu techników kryminalistyki. Z jednolitej zieleni krajobrazu wstępował wąwóz, obleziony ciężko w gliniaste zbocza. Pośród polany widniała drewniana konstrukcja. Wzrok ten przypłaciłem nieostrożnym stąpieniem w błotnistą kałużę. Gлина przyległa niemiłosiernie do mojego buta. Dochodziła jedenasta.

– Dzień dobry, Panie doktorze.

– Uszanowanko. W czym mogę pomóc? – Puściłem się wielkimi krokami ku stojącemu tam konstablowi.

– Mamy tu takiego jednego. Pan zobaczy. – Zahał się – Dziękuję za przyjazd w niedzielę...

– To ja dziękuję za uprzejme poinformowanie mnie. Z czym mamy do czynienia?



## NOTA BENE

Istnieje wiele wzorów na obliczenie czasu śmierci. Zależy on od tylu zmiennych, że bardzo rzadko można go dokładnie ustalić. Podawanie minut, znane z powieści czy telewizji, to czysta fikcja.



#### NOTA BENE

Warto pamiętać, że nie wszystkie konwencjonalne metody forenzykologiczne czy medyczne zostały przetestowane naukowo.

– Samobójstwo. Młody chłopak o imieniu Kevin, niespełna dwadzieścia osiem lat. Miał przy sobie dokumenty, więc rodzina jest już poinformowana... jakby dało się napisać, że samobójstwo... Wie Pan doktor, to by było lżej dla rodziny.

Nie odpowiedziałem nic na tę sugestię. Wiedziałem, że nie podpiszę nic dzisiaj, a sprawa trafi do koronera. Zwyczajowo stwierdzą tylko zgon, bez wskazania jasnej przyczyny. To było pewne. W tej chwili biłem się z myślami, czy napisać zwykłe skierowanie, czy wzywać forenzykologa, aby sam obejrzał scenę.

– Coś wiadomo o tym chłopaku?

– Wie Pan doktor... problematyczny ogólnie. Ojciec zgłosił jego zagniecie kilka dobrych lat temu. A teraz strzelił sobie w łeb. Rzeczywiście rana wlotowa była dość charakterystyczna, razem z odrzutem i zniszczeniami w czaszce. Założyłem rękawiczki i podniosłem lekko powiekę denata. Delikatnie przesunąłem część jego włosów, aby zobaczyć pozostałe rany na głowie. Potarłem dwa palce o siebie, obserwując wytrącający się czarny proszek gleby.

– Przenosiliście go?

– Nie. Tak został znaleziony.

Dopiero teraz zobaczyłem, jak wyglądało wnętrze tej chatki. Opustoszałe ze wszelkich mebli, spoczywało w morderczych objęciach złowrogiego półmroku. Na ścianach wymalowane były okultystyczne wzory, a sam denat sztywniał w *rigor mortis* nad wykreślonym na podłodze pentagramem.

– Wydaje mi się, że ma kilka znamion asfiksji... które ciężko jest wytłumaczyć.

– Broń już zabezpieczyliście. Znalaziono ją w dłoni denata – zapewnił policjant. Dalej mi się coś tutaj nie zgadzało. Uduśnienie przy strzale w głowę? Wiem, że znamiona ciężko jest rozpoznać, a nawet mikrowylewy w oku nie są nieomylnym jeźdźcem apokalipsy.

– Ktoś chciał go wcześniej zabić. Uderzył go cegłą albo szpadlem...

– Cegłą? – Funkcjonariusz nie mógł ukryć uśmiechu – Pewnie miał dużo pecha, przysłowio-  
wego wręcz – dopiero teraz zorientowałem się o głupocie mojej sugestii. Wszak bycie uderzonym cegłą w drewnianej chatce musiałoby się wiązać z iście prowerbialnym nieszczęściem. Rany na skądzie nie dawały mi jednak spokoju.

– Czasami widać takie rany klute u samobójców. Wie Pan doktor, samookałeczenia, próby nieudane...

– A znaleźliście nóż? – Tym razem to ja odegrałem się na oficerze. Zbyt dużo razy wbijałem



↑ Ofiary rytualnego morderstwa w podobnej pracy kazuistycznej Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach (Chowaniec, et al. 2006). Reprodukacja z uprzejmą zgodą Termedia.

sztylet w przygotowywaną na obiad pieczeń, żeby nie wiedzieć, jak wyglądają rany klute ostrym narzędziem. Ślady na krawędziach ani trochę nie przypominały maltretowanych przeze mnie kawałków mięsa. Były typowe do stosunkowo świeżych ran zadanych tępym narzędziem. Policjant nie odezwał się.

– Myślę, że uduśnienie zaszło *ante mortem*. Nie ma żadnych śladów narzędzia asfiksji, jak sznura czy linki. Do tego ta gleba wszędzie, gdzie nie spojrzysz – policjant wywrócił oczami. Widziałem jak już żałował że młody przyszedł mu tutaj i będzie wydziwiał z CSI: Miami. – Tak czy inaczej, wiedzą Panowie, że żadnego wskazania przyczyny zgonu nie będzie. Sprawa idzie do koronera, a ja bym chciał, żeby przyjechał tutaj patolog sądowy.

– Który? Połowa na urlopach.

– Spokojnie, detektywie – powiedziałem, wiedząc, ile biurokratycznej przykrości musiałem narobić policjantom – Napiszę ładnie wszystko w dokumentacji i sam zadzwonię. Przecież na młodego lekarza nie nakrzyczą.

– W porządku – nie był przekonany.

– Mam tylko jedno pytanie.

– Tak? – Macie na posterunku kawę?



#### NOTA BENE

Rigor mortis to stężenie pośmiertne, które występuje jako naturalny proces skurczu mięśni po śmierci. W czasopismach forenzykologicznych znaleźć można zdjęcia denata zawieszono nawet między dwoma krzesłami!

Zapach rozpuszczalnej wbił mnie w dobry rytm. Siedziałem w małej salce konferencyjnej, do której zaprowadziła mnie asystentka. Szafy obok ugięły się od opasłych forenzykologicznych tomów, skoroszytów i brulionów z kursów i konferencji. Przede mną stał zaśniedziały rzutnik i wybrakowany telefon podłączony do skomplikowanej sieci elektrycznych zawijasów. Usiadłem przed kartką, na której skrętnie spisałem znaleźską z poranka.

Było tu zbyt wiele śladów, które do siebie nie pasowały: dziwaczne okoliczności śmierci, morderstwo, do którego nie pasuje standardowy mechanizm zgonu i w końcu brak motywu czy chociażby podejrzanych o spowodowanie czynu.

– Patolog za niedługo przyjedzie. Myślałam, że będziesz chciał sobie przejrzeć pliki, które znaleźliśmy w bazie.

– Dziękuję – spojrzałem z uśmiechem wdzięczności na zakreślone w neonowej żółci ważne elementy przypadków.

– A. Jeszcze jedna sprawa.

– Hm?

– Na posterunek przyszedł jeden taki. Przyznał się do zabicia twojego nieboszczyka. – Moje oczy zaświeciły się entuzjazmem w najbardziej nieadekwatny i niedostosowany społecznie sposób.

– Naprawdę? Mogę go zobaczyć?

– Zaznania masz w papierach. My idziemy na lunch. Jadłeś coś?

Potrząsnąłem głową. Asystentka najwidoczniej spędziła dużo czasu z takimi jak ja i wiedziała, że w takich przypadkach, lunch może sobie poczekać. Morderca najpierw uderzył nieboszcza z tyłu głowy, po czym natychmiast przystąpił do okładania go szpadlem. Narzędzia tego użył również do wykopania dziury, do której chciał go wrzucić. Podczas tego procesu okazało się, zmarły zakopany był żywcem, a więc przestępca dobił go strzałem z pistoletu. Całość miała być upozorowanym samobójstwem. Sprawca miał dobrze płać pracę, ukończył technikum budowlane i nie zgłaszał żadnych znamienych problemów rodzinnych. Do tego nic nie wskazywało na motyw pieniężny czy psychopatyczny morderstwa. Nie było tu żadnego z upragnionych „*trudnych warunków socjoekonomicznych*” czy „*traumatycznego dzieciństwa*”.

Gdy przeglądałem zeznania, nazwisko sprawcy jawiło mi się wyjątkowo znajomo. Bezskutecznie szukałem go w stertach papieru raportów leżących na stole. Nagle coś mnie tknęło. Spojrzałem na podłogę. To właśnie tam, najwycyzejniej w świetle, leżały dokumenty denata. Przekartkowałem kilka stron do spiętych wcześniej wyciągów

z bazy danych policji. W czternastej tabeli mieścił się transkrypt zeznania ojca zmarłego, który meldował zaginięcie syna. Wspominał on lokalnej policji w Plymouth, że syn ostatnio widziany był z... mordercą, jego dziewczyną i jeszcze innym chłopakiem, który na czas raportu miał osiemnaście lat.

Wyszedłem z pokoju pełny entuzjazmu i podniecenia. Przepełniał mnie pociąg do morderczej ciekawości tego, co znajdę dalej w tym początkowo normalnym przypadku. Uśmiechnąłem się do recepcjonistki, która właśnie dojadła kanapkę z szynką i skropionymi octem chipsami. Kobieta wzdychnęła z niechęcią i wklepała nazwisko w zawieszający się policyjny komputer. Odsunęła monitor w moją stronę. Nie sposób było mi ukryć uśmiechu zadowolenia, gdy ekran wysycił się czerwonymi literami: ZMARŁY a dokument z koroną i brytyjskim go-dłem świadczył: „*samobójstwo*”.

– Ile denat był na dworze? – Patolog sądowy przeglądał moje dokumenty z nieukrywaniem błyskiem w oku. Miałem nadzieję, że wybaczy mi wyrwanie go z rodzinnego domu w niedzielę. – Nie martw się, zaraz pojedziemy tam razem i zobaczymy.

– Biorąc pod uwagę wilgotność powietrza, temperaturę ciała i wagę denata... do tego stadium *rigor mortis*... osiem, dziesięć godzin? – Odpowiedziałem, a ten pokiwał głową.

– Ktoś tu czytał *Simpsona*? – Powiedział zadowolony – Nie uczą was tego już w szkole medycznej.

– Niestety nie.

– SCID? – Mówił tu o instrumencie badania psychiatrycznego w forenzykologii.

– Czysty. Bez zmian. Może odrobinę hebefrenizmu czy narcyzmu – miałem na myśli cechy zaburzeń osobowości. – Ale, szczerze mówiąc, nie widzę żadnej patologii psychiatrycznej.

Patolog nie zdążył odpowiedzieć, gdy asystentka znowu wtargnęła do salki konferencyjnej.

– Czy któryś z Panów doktorów mógłby przyjść pomóc? Mamy młodego chłopaka, który chyba cierpi na napad astmy. – Natychmiast wstałem, aby pójść do pacjenta.

– Co się stało? – Objąłem wzrokiem dwudziestoparoletniego chłopaka chudej postury. Na głowie widać było kilka przerzedzonych włosów. Młodzieniec kurczowo ścisnął palce i nagiął je do przodu, ukazując szereg poobgryzanych paznokci.

– Oni... mnie... zabijają. – Mówił, dusząc się – Muszę...sam...się...zabić! – Odpowiedział, dalej



#### NOTA BENE

Forenzykolodzy to lekarze, którzy zajmują się wyjaśnianiem spraw o podłożu śledczym i kryminalnym. Psychiatrzy i patolodzy sądowi używają swoich umiejętności do dostarczenia dowodów eksperckich w procesach karnych.



#### NOTA BENE

Reakcja na stres może być bardzo ekstremalna. Mimo tego, nie gwarantuje sama z siebie formalnej diagnozy psychiatrycznej.





#### NOTA BENE

Oczywiście nie ma żadnych dowodów na to, że interwencja u osób słuchających heavy metalu jest wymagana bardziej niż u ludzi lubujących się estońskim jazzem. Chyba że mówimy o innych metalach ciężkich... (Boutwell et al., 2017).

właczając kolejne połączenia powietrza do płuc.

– Masz inhalator?

– Nie? Co to jest? – Chłopak najwyraźniej nie miał astmy. Mimo tego jego przybycie na policję, a nie na SOR było zagadkowe.

– Kto cię zabije?

– Oni! Widziałem Kevina... martwego w domu. Widziałem go. Zabiją mnie też. – Ten poranek to prezent, który nie przestawał obdarowywać.

– Jak masz na imię?

– David.

– David. Nie martw się. Mamy już ich.

– Nieważne! Oni przyjdą po mnie! Znajdą mnie wszędzie! Muszę... zanim oni to zrobią... – patolog przyglądał się całej sprawie z nieukrywanym poruszeniem.

– Te dzieciaki zajmowały się satanizmem?

– Kuchennym. – David powoli łąpał oddech – Wie Pan, nic konkretnego; żaden poważny kult. Rytuały mieli wzięte z Internetu. Ich grupa głównie spotykała się, aby praktykować pseudookultystyzm. Najwidoczniej było im za mało, to postanowili mordować.

– Widziałeś kiedyś coś takiego?

– Z tego, co wiem, była bardzo podobna grupa we Włoszech, *Bestie di Satana* oraz jeden przypadek w Polsce. Również brak tam było jawnych diagnoz psychiatrycznych.

– Aż mi się w to nie chce wierzyć... A ci, którzy popełnili te „samobójstwa”... czemu to zrobili?

– Autorzy wskazywali na czynniki rodzinne, społeczne, słuchanie heavy metalu czy uczestnicstwo w młodzieżowych subkulturach...

– I wierzysz w to?

– Nie.

– To jak myślisz, dlaczego to zrobili?

– W rzeczy samej, panie profesorze, ze stresu. –

Stres. Tak nieodłączny i tak groźny. Któż nie miał tremy przed występem publicznym czy motyli w brzuchu przed zobaczeniem ukochanego? Ale czy możliwe jest indukowanie stresu tak silnego, że ofiary wolą się zabić, niż musieć dłużej kontynuować swój żywot?

Przyjrzymy się ciekawemu przypadkowi takiej sytuacji. *Bestie di Satana* była młodzieżową sektą z końca lat 90. Jej członkowie jednoczyli się w pasji do muzyki metalowej, ostrego seksu, okultyzmu i, jak się potem okazało, morderstwa (Birkhoff et al., 2013). Dwunastu młodych ludzi (w przedziale wiekowym 16-23 lat) zebrało się

w opuszczonej willi w 1997 roku. Zbierali się na „czarnych mszach”, na których zażywali koktajle narkotykowe: LSD, mescalinę, amfetaminę, kokę, haszysz i heroinę, po czym dokonywali aktów seksualnej przemocy na sobie. Wszystko odbywało się w stosunkowo niewinnym trybie.

Pewnego dnia przywódca sekty zdecydował o morderstwie C.M. Chłopak miał zostać zabity, ponieważ „*demon wskazał w nim Madonnę*”. F.T. „*na pewno nie trzymałby mordy na kłódkę*”. Miał podzielić jego los. Egzekucję wskazano na 17 stycznia 1998 roku. Wszyscy ustalili jedną wersję wydarzeń i przygotowali zasadzkę. Niestety, dwudziestoletni A.B., który miał pełnić wartę, nie przybył na miejsce zbrodni. Tym czynem zdradził lidera. Skazany na niechybną śmierć, został ostrzeżony, że lepiej, jeśli wybierze samobójstwo. Niedługo czas później, A.B. rozbił się samochodem o ścianę.

Stres i indukowane sytuacją zaburzenia lękowe przyprawiły o śmierć również innych, którzy nie chcieli czekać na nocne spotkanie z liderem. A.S. podpalił się w swoim samochodzie. S.L. wjechał rowerem pod ciężarówkę. A.Ba. powiesił się na szkolnym podwórku. Najstarszy, 28-letni A.L., podpalił się w swojej leśnej chatce. Ciało L.C. znaleziono w kwietniu 2004 roku. Skutek jego śmierci pozostaje nieznanym do dzisiaj.

Dlaczego to zrobili? Czy groźby były aż tak paraliżujące? Wydaje się, że były to przecież tylko słowa: „*nie możesz nas opuścić*”, „*musisz wybrać: albo my, albo oni*”, „*każdy kontakt z innymi to zdrada*”. A jednak: te zdania doprowadziły do tragedii i przedwczesnej śmierci grupy młodych ludzi.

Co dzieje się w mózgu człowieka, który jest poddany tak ostrym warunkom stresowym? Jak temu zaradzić? Na czym powinna polegać interwencja w zaburzeniach lękowych, jak można je skutecznie badać i leczyć. Jakie są dowody naukowe, które pomogą Davidowi, młodzieńcowi, który przeżywa teraz atak paniki pośrodku skomplikowanej kryminalnej sprawy.

*Na te pytania odpowiemy w tym rozdziale.*



#### DECYZJE KLINICZNE

Co należałoby zrobić z przybyszem na posterunku?  
(TAK/NIE)

- .....
- Zwiąż pacjenta, aby nie sprawiał niebezpieczeństwa dla siebie i innych.
  - Rozmawiaj spokojnym i wyważonym tonem głosu.
  - Natychmiast przepis leki uspokajające.

# NAJCIEMNIEJ JEST ZAWSZE PRZED ŚWITEM

## NA POSTERUNKU POLICJI

### Psychiatria Kryzysowa

David jest 26-letnim mężczyzną, który zgłasza objawy duszności, kołatania serca, zawrotów głowy, panicznego strachu nadchodzącej śmierci i trzęsienia rąk. Ma płytkie oddychanie z obkurczeniem oskzeli, 32 oddechy/min, tętno miarowe 140/min, ciśnienie 124/70 mmHg, GCS 15. Jak dokończyć badanie i zdiagnozować ten stan nagły?

### DEFINICJA I DIAGNOZA

Niepokój, lęk i odpowiedź na bodźce są naturalnymi zjawiskami w organizmie człowieka. Żadnego stresu nie mają jedynie trupy i osoby w śpiączce, więc chociażby odrobina stymulacji jest potrzebna do zachowania czynności życiowych. Ostra odpowiedź może być również korzystna w konfrontacji z niebezpieczeństwem. Wtedy układ limbiczny powoduje reakcję „walcz lub uciekaj”: większą częstość bicia serca czy oddychania. Ma to na celu zapewnienie optymalnych warunków fizjologicznych do zmierzenia się z przeciwnikiem lub ucieczki do miejsca schronienia.

Zbyt dużo niepokoju powoduje jednak działania niepożądane. Przewlekły stan podenerwowania nierzadko bywa obezwładniający, gdy stres zaczyna przejmować kontrolę nad osobą chorą. Warto zastanowić się, co jest właściwie zaburzeniem; gdzie na spektrum stresowym postawić formalną definicję patologii. Same objawy nie wystarczają. Zaprawdę, można wyobrazić sobie sytuację, w której mężczyzna z arachnofobią unika wyjazdu do Australii w obawie przed spotkaniem tam swojego pająkowego *nemesis*. Wobec tego, nie będzie miał nigdy objawów typowych dla swojej choroby, mimo iż brak możliwości odwiedzenia tego kontynentu wiąże się z pewnego rodzaju ograniczeniem.

Zatem zaburzenia odpowiedzi na stres (*zaburzenia limbiczne*) są wartością subiektywną. Należy je diagnozować i leczyć w oparciu o przeżycia i objawy pacjenta a nie obiektywną (rzekomo) ocenę lekarza bądź nawet ogółu społeczeństwa.

### EPIDEMIOLOGIA

Według raportów WHO, choroby lękowe stanowią ok. 14% wszystkich europejskich zaburzeń psychicznych (Senat, 2017). Częstość występowania tych przypadłości nieustannie rośnie. Według europejskich szacunków, w 2005 roku w Polsce chorych było 3.62 miliona osób (Andlin-Sobocki et al., 2005), w 2010 roku ilość ta zwiększyła się do 5.26 miliona, a mówimy tu o samym wieku produkcyjnym (18-65 lat) (Olesen et al., 2012). Mimo tak olbrzymich problemów, w 2012 roku odnotowano jedynie 1.5 miliona przyjęć do placówek systemu ochrony zdrowia psychicznego,

wliczając w to szpitale psychiatryczne, ośrodki opieki ambulatoryjnej i środowiskowej (Kiejna, 2012). Dlaczego zatem tak mało osób korzysta ze świadczeń specjalistycznych? Według badania EZOP, głównym winowajcą jest nie ekonomia czy dostępność usług, ale społeczne uprzedzenia! W naszym nieszczęśliwym kraju, zdecydowana większość populacji ma bardzo sceptyczne nastawienie co do zasadności istnienia zaburzeń limbicznych. To samo w sobie jest myśleniem dość życzeniowym, o ile nie wręcz komicznym. W końcu choroby mózgu zwyczajnie znikną, jeśli będziemy je ignorować.

Leczenie tych chorób jest stosunkowo tanie. W Polsce, koszt kuracji u jednego pacjenta z zaburzeniami limbicznymi szacowany jest na 548 euro (Olesen et al., 2012), czyli niespełna dwa i pół tysiąca złotych w 2019 roku, uwzględniając inflację.

### AETIOLOGIA

Skąd zatem wzięła się taka epidemia zaburzeń lękowych w Polsce?

### NADMIERNE DIAGNOZOWANIE

Pierwsza myśl, jaka przyjdzie sceptycznemu czytelnikowi do głowy jest prosta: „Młódzież jest teraz słaba psychicznie, więc na wszystko się denerwuje”. Niestety, spieszę zapewnić, że ta ludowa mądrość, jak i inne produkty kuchennej psychiatrii, nie znajdują potwierdzenia w dowodach naukowych. Wśród osób między 14 a 65 roku życia, odsetek GAD (zaburzeń lęku uogólnionego) jest znacznie mniejszy niż u ponad 65-letnich „nieradzających sobie z życiem” młokosów (1.7% vs. 3.4%) (Olesen et al., 2012). Argument o zwiększeniu lekarskiej diagnostyki też ciężko jest poprzeć danymi. Znakomita część osób z zaburzeniami nie ma formalnej diagnozy (Kiejna, 2012)! Gdyby „słabi psychicznie” ludzie rzeczywiście byli nadmiernie rozpoznawani, ośrodki zdrowia musiałyby zmierzyć się z ponad półtoramilionową kawalkadą nowych pacjentów. To tak, jakby cała Warszawa wybrała się na gwałt do poradni regionalnych, aby wpepchnąć świstki podstemplowanego papieru boguducha winnym paniom z rejestracji. A i w tym scenariuszu, lekarze musieliby diagnozować tylko co drugiego pacjenta, który spenił



### DECYZJE KLINICZNE

**X Związanie pacjenta,** zwłaszcza w pozycji leżącej, znacznie zwiększa jego ryzyko nagłego zgonu (więcej o tym w podręczniku eksploratora mózgu). Najpierw rozważ techniki słownego obezwładnienia, później chemicznego.

### V Rozmawiaj spokojnym i wyważonym tonem głosu.

To najlepszy, najtańszy i najbardziej skuteczny sposób uspokojenia pacjenta.

**X Natychmiast przepisuj leki uspokajające.** Nie ma potrzeby farmakoterapii, gdy poprzedni sposób działa. Wszystkie leki mają skutki uboczne!



### NOTA BENE

Badanie EZOP opierało się na wyjściu do ludzi z pytaniami, a nie studiowaniu dokumentacji medycznej. Nie ma tu więc ryzyka nierówności diagnostycznej związanej z używaniem systemu ochrony zdrowia.

## MYK KLINICZNY A MOŻE RZUCIĆ TO WSZYSTKO I...



Tych, którzy po przeczytaniu tego ustępu już mają wszystkiego dosyć, zapraszam do rzucenia tego podręcznika i wyjechania w Bieszczady. Podkarpackie dalej cieszy się najniższym odsetkiem (17,8 procent) psychiatrycznej zachorowalności życiowej w kraju (Kiejna, 2012).



### SZYBKIE PRZYPOMNIENIE Z GENETYKI

Wyobraźmy sobie, że w mrocznych zakamarkach klasztornych bibliotek schowany jest idealny przepis na frytki. Młodzi posłańcy przybywają tam, aby studiować starodruki. Nie sposób jednak wynosić opasłych tomisk z klasztoru. Dlatego też posłańcy przepisują treść receptury na osobnych kartkach. Po tym zabiegu, wynoszą je na zewnątrz i przekazują kucharzom, którzy wedle tego przepisu gotują odpowiednie potrawy. Problem w tym, że u niektórych ludzi są to pyszne cieniutkie bataczki a u innych tłuste grube frytki. Skąd taka różnica? Większość uczonych upatruje je w modyfikacjach klasztornych ksiąg i szuka odpowiedniej strony, na której zapisane są feralne instrukcje. Nie udało się ich do tej pory znaleźć. Nowe doniesienia mówią jednak o tym, że może to właśnie bakterie pełnią rolę pomocnej redakcyjnej kucharzki z „Chwili dla Ciebie”. Mówią: „nie dawaj tyle majonezu!”, co modyfikuje wytworzone potrawy. W tym porównaniu, klasztor to jądro komórkowe, starodruk to DNA, kucharze to enzymy a epigenetyka to instrukcje dodatkowe kucharek z redakcji.

formalne kryteria zaburzeń. Nie sposób nawet wyobrazić sobie, jak wyglądałyby ławki, schody (a może i nawet lufty wentylacyjne!) poczekalni ośrodków ochrony zdrowia, gdyby choroby te diagnozowano całkowicie *lege artis*.

### STRES ŚRODOWISKOWY

Miejsce zamieszkania nie ma większego wpływu na zachorowalność psychiczną w życiu pacjentów (Kiejna, 2012). Uparci mogą wskazać na to, że przecież co trzeci mieszkaniec województwa łódzkiego będzie cierpiał na jakiś rodzaj choroby psychicznej w swoim życiu (największy odsetek w Polsce). Najwidoczniej dostępność półmetrowego kebaba (*super mega rolo*, *Zahir Kebab*, *Łódź, niesponsorowany*) nie równoważy rozstroju psychicznego światła ulicy Piotrkowskiej czy zgiełku przybytków komercji Izraela Poznańskiego. Ale czyż cudownie relaksujące wino, miód i lasy województwa lubuskiego czy znakomita świętokrzyska kuchnia nie powinny ukajać nerwów w stopniu istotnym statystycznie (podobny odsetek do łódzkiego, odpowiednio 2 i 3 miejsce w kraju)? Najwidoczniej nie tu leży problem.

### PIENIĄDZE I PRACA

Bazowanie przyczyny zachorowalności na statusie socjoekonomicznym chorego jest kontradyktoryjne. Zakładając, że zaburzenia występują z powodu problemów finansowych, nieumiejętności radzenia sobie w życiu, bezrobocia, etc. (co sprawdza się w badaniach przekrojowych), dlaczego zwiększona incydencja chorób występuje właśnie w krajach wysokorozwiniętych (Ruscio et al., 2017)? Wobec takiego założenia, rozwój gospodarczy Polski powinien być wyciągnąć więcej osób ze stanu ubóstwa, przez co zmniejszyłyby ich socjoekonomiczne *causa efficiens* chorób limbicznych. A przecież tak się nie stało.

### EWOLUCJA

Łatwo wyobrazić sobie model, który przedstawia zaburzenia lękowe, zwłaszcza fobie specyficzne, jako reminiscencje instynktu przetrwania. Podczas ewolucji, mutacje genetyczne, które odstraszały osobników od zagrożeń, okazały się użyteczne w powielaniu gatunku (uniknięcia śmierci). Występują dalej, niczym kość ogonowa: jako skamieniałości niemające dużego zastosowania we współczesnym świecie (Bandelow et al., 2016). Tak uproszczony model nie tłumaczyłby jednak wszystkich zaburzeń limbicznych, np. lęku uogólnionego czy zespołów adaptacyjnych. Niemniej jednak, wrażliwość na zmiany oraz unikanie czynników stresowych przez wyczuloną niechęć, byłoby, co do zasady, ewolucyjnie korzystne.

### GENETYKA

Posiadanie w rodzinie osoby chorej na zaburzenia paniki zwiększa ryzyko zachorowalności o 5-16%

(Smoller et al., 2008). Dziedziczność zaburzeń fobicznych określa się na 20-39% (Hettema et al., 2001), zaburzeń lęku społecznego na 10%, a fobii specyficznych na 24% (Hettema et al., 2005). Mimo znacznego wpływu genetyki na rozwój tych chorób, większą część aetiologii należy przypisać czynnikiem środowiskowym lub przynajmniej pozagenetycznym. Toteż poszukiwania konkretnych *loci* genów (*patrz*: szybkie przypomnienie z genetyki), które odpowiadałyby za choroby limbiczne, niestety nie zakończyły się wielkimi sukcesami (Meier and Deckert, 2019; Smoller et al., 2008).

Ciekawą teorię zapostulowali Weissman i Hamilton, wykraczając poza definicję z DSM i rozszerzając zaburzenia limbiczne do całego zespołu objawowego, m.in: wypadania zastawki mitralnej, zaburzeń tarczycy czy silnych bólów głowy. Wobec takiej definicji, locus genu udało się ustalić na długim ramieniu 13 chromosomu (*stąd: zespół trzynastego chromosomu*) (Hamilton et al., 2003; Talati et al., 2008; Weissman et al., 2000).

Część badań mówi o zaburzeniach produkcji *pewnych enzymów*, które odpowiadają za regulację myślenia i postrzegania w mózgu: systemy dopaminowe (Maron et al., 2005), COMT (Roth et al., 2006), rs4680 (Howe et al., 2016) czy MAO-A (Samochowiec et al., 2004). Czyżby rola tych systemów, w np. Chorobie Parkinsona, miała coś wspólnego z tak częstymi u chorych lękami i zmienioną reakcją na stres? Ta niezwykle intrygująca ścieżka pozostaje do odkrycia.

*Procesy epigenetyczne* również mogą dostarczyć ciekawych dowodów. W zaburzeniach paniki wykryto hipometylację (jeden z procesów epigenetycznych) enzymów odpowiedzialnych za regulację emocjonalną i poznawczą: MAO-A i dekarboksylazy-1 kwasu glutaminowego (GAD1) (Domschke et al., 2013). Dodatkowo oznaczono zmiany w mikro RNA, które również mogą wpływać na zaburzenia limbiczne (Hommers et al., 2015). Co ciekawe, w zmianach epigenetycznych biorą udział niektóre bakterie flory jelitowej (Bierne et al., 2012), *patrz*: linia enteryczna.

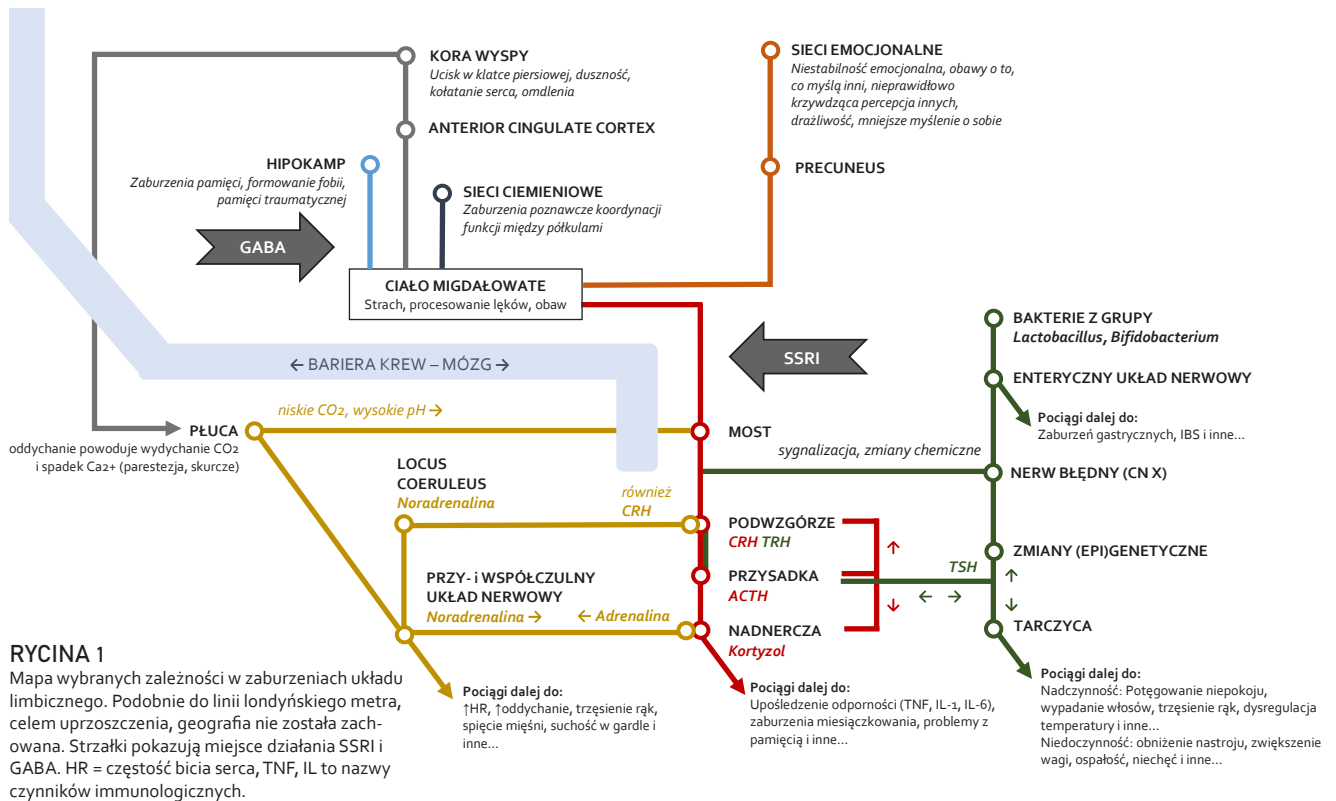
### KONEKTOMIA

Badania obrazowe mózgu dostarczają wielu ciekawych dowodów na zmiany w połączeniach między ważnymi ośrodkami. Główne patologie mają miejsce w *systemie limbicznym*, z ciałem migdałowatym (z ang. *amygdala*) jako epicentrum (Ryc.1) (Bandelow et al., 2017; Lai, 2018).

### 1. LINIA PIEŃ MÓZGU - HPA

Pierwszą omawianą drogą z ciała migdałowatego jest sieć wzdłuż osi HPA (z ang. *hypothalamus-pituitary-adrenal*, podwzgórze-przysadka-nadnercza). Tu odbywają się wyrzuty kortyzolu „hormonu stresu” oraz aktywacja szeregu zmian





### RYCINA 1

Mapa wybranych zależności w zaburzeniach układu limbicznego. Podobnie do linii londyńskiego metra, celem uproszczenia, geografia nie została zachowana. Strzałki pokazują miejsce działania SSRI i GABA. HR = częstość bicia serca, TNF, IL to nazwy czynników immunologicznych.

biochemicznych, które wpływają na **obniżenie odporności, zaburzenia mięśniakowania czy problemy z pamięcią**.

Oprócz osi HPA, z pnia mózgu wyrusza odnoga systemowa, która steruje autonomicznym układem nerwowym. Wysyła on sygnały do, m.in.: serca (**kołatanie, szybkie tętno, „dudnienie”**), płuc ( **płytki oddech, duszności**), skóry i mięśni (**pocenie się, śpięcie, trzęsienie rąk, suchość w gardle, „gulka” gardłowa, problemy z przetykaniem**). Centralna część pnia (most) moduluje ważne sygnały nerwu błędnego, który łączy mózg z pozostałymi organami ciała. To tutaj również steruje się odruchami „zamrożenia”, tak dobrze znanymi paralizami, kiedy stres uniemożliwia podjęcie dalszych ruchów czy myślenia. To właśnie ta „pustka w głowie” na sprawdzianie czy przez odpowiedź ustną! Leki z grupy selektywnych inhibitorów wychwytu serotoniny (z ang. *selective serotonin reuptake inhibitors*, SSRI) działają właśnie na tę linię.

## 2. LINIA POTYLICZNA i CIEMIENIOWA

Po eskapadzie wśród powiązań nerwowych różnych organów ciała, pora wrócić na główną stację naszej sieci, czyli do ciała migdałowatego. Tutaj powstaje układ kory wzrokowej i sieci ciemieniowych, który może mieć swoją rolę w tym, jak chorzy poznają **świat zewnętrzny: bodźce wizualne i dźwiękowe** (Feldker et al., 2017). Może to tłumaczyć, dlaczego osoby z zaburzeniami limbicznymi mają problem w rozpoznawaniu wyrazów twarzy, które są wesołe lub smutne (Berg et al., 2016). Osoby cierpiące na te choroby nadmiernie

interpretują reakcje i zachowania ludzi jako negatywne (Tseng et al., 2017), co potęguje ich stres i wykluczenie społeczne. Warto zauważyć, że nie jest to robione z premedytacją; osoby chore po prostu nie potrafią rozpoznać dobrych działań i pozytywnych reakcji innych ludzi przez wadliwy aparat poznawczy. Połączenie ciemieniowe przechodzi przez wiele innych zależności, w tym **sieci podstawowej i sieci międzypółkulowych**. Defekty w tych połączeniach powodują **wadliwą integrację pamięci pracującej** i problemy z **utrzymaniem uwagi** (Ford et al., 2018).

## 3. LINIA EMOCJONALNA

Kolejna autostrada limbiczna wydaje się być uwikłana w procesowanie **emocji, zaburzenia myślenia o sobie i integracji bodźców zewnętrznych**. To tutaj może wytworzyć się patologiczny strach i omijanie czynników stresowych (Yuan et al., 2018).

## 4. LINIA HIPOKAMPU

Omówiliśmy sobie kilka ciekawszych i bardziej tajemniczych linii idących z ciała migdałowatego. Pora na powrót na bodaj najbardziej znaną i lubianą autostradę, która łączy **amygdala z hipokampem**. Odpowiada ona za odczuwanie silnych emocji (**strachu, podniecenia, głodu, ucieczki**, etc.) i podejmowanie decyzji w sposób podyktowany pierwotnym instynktem przetrwania, projektowanym z ciała migdałowatego (Ryc.3). Ważnym elementem tej sieci jest **hipokamp**, który odpowiada za **formowanie pamięci**, w tym pamięci o elementach nieprzyjemnych, przerażających, wydarzeniach traumatycznych i fobiach (Cha et al.,

### MYK NAUKOWY STRACH JEST ZŁYM DORADCĄ

W wyniku wyrzutów adrenaliny, noradrenaliny czy kortyzolu, mózg „odcina” wpływ pła przedczołowego na podejmowanie decyzji. To właśnie on odpowiada za wyważone i racjonalne decyzje. W sytuacji niebezpieczeństwa nie ma czasu na debaty „za” i „przeciw”... ale co jeśli osoba chora ma ograniczony dostęp do tej części mózgu, kiedy pisze egzamin?



2016). Dalej, linia ta współgra z siecią z *anterior cingulate cortex* i *korą wyspy* (z ang. *insular cortex*) (Ryc.2), gdzie zachodzi dalsze procesowanie informacji o bodźcach zewnętrznych. To tutaj tworzy się odczuwanie objawów takich jak *ucisk w klatce piersiowej, duszność, uczucie omdlenia, palpacje serca, zmiany czucia w kończynach, czy ból w podbrzuszu* (Lai, 2018).

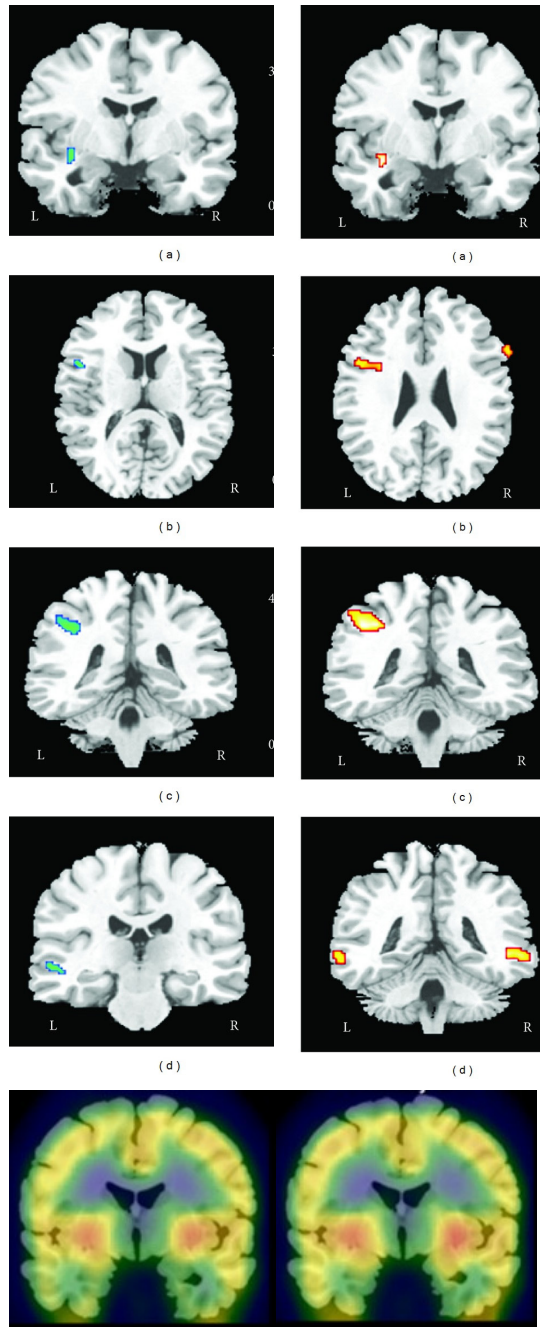
Na uwagę zasługują również połączenia z *płatem czołowym*, który moduluje *zachowanie* i *uwagę chorego* (Feldker et al., 2017; Robinson et al., 2016). Dokładniej, kora ruchowa płata czołowego powoduje *zmiany w kontrolowaniu mięśni chorej* (Li et al., 2017), np. w postaci jąkania się czy zatrzymywania mowy w sytuacji stresowej (Yang et al., 2017).

Co ciekawe, efektywne leczenie zaburzeń limbicznych powoduje naprawę opisanych wyżej sieci. SSRI promują tworzenie się nowych, zdrowych neuronów w hipokampie (Hill et al., 2015), a terapia CBT (kognitywno-behawioralna) „przełącza” kabełki w mózgu na ich właściwe miejsca (Bandelow et al., 2017).

## MIKROBIOM

Wspomniany przed chwilą nerw błędny może również dostarczać informacji zwrotnej. Najnowsze badania pokazują, że na sieci wewnątrz mózgu ma wpływ szereg zmian endokrynologicznych, immunologicznych, autonomicznych i gastrologicznych z zakresu enterycznego (jelitowego) układu nerwowego (z ang. *Enteric Nervous System, ENS*) (Lach et al., 2018a). Te, z kolei, ulegają drastycznym zmianom pod wpływem silnego stresu środowiska. Jak to możliwe, że zewnętrzne wydarzenia wpływają na to, co dzieje się w naszym żołądku? Okazuje się, że traumy życiowe, często uważane za związane z, o ile nie będące powodem, zaburzeń lęku uogólnionego, mogą znacznie zmienić *mikrobiom* jelit (Bailey et al., 2011). Przekształcenia we florze bakteryjnej wpływają bowiem na neuroprzekazniki, które modułują sygnały wysyłane do mózgu przez ww. nerw błędny (El Aidy et al., 2017). Bakterie biorą również udział w patologii epigenetycznych (Bierne et al., 2012), co tłumaczyłoby procesy dziedziczenia chorób.

Czy zmiany te są odwracalne? Wydaje się, że tak. Dysfunkcje konektywne nie są bowiem permanentne (Bandelow et al., 2017), objawiają się bardziej jako reakcja na bodziec zewnętrzny, ze stymulacją płynącą z układu pokarmowego. (Bravo et al., 2011; Cawthon and de La Serre, 2018). U myszy z podobnym stanem, przecięcie nerwu błędnego wygasza stymulację jelitową, co wpływa na zniwelowanie objawów lękowych. Tłumaczyłoby to również fakt, że terapia antybiotykami, które zabijają bakterie w układzie pokar-



## ← RYCINA 2

Zmiany w mózgu u osób z zaburzeniami lęku społecznego. Lewa kolumna: (a) kora wyspy, (b) inferior frontal gyrus, (c) inferior parietal gyrus, (d) left middle temporal gyrus. Prawa kolumna: (a) kora wyspy, (b) inferior frontal gyrus, (c) inferior parietal gyrus, (d) middle temporal gyrus. Obszary nałożone na sekwencje T<sub>1</sub>-zależne MRI z Instytutu Neurologii w Montrealu (Kanada). Reprodukowano z uprzejmą zgodą MRIcro, Chrisa Rordena oraz Hindawi (Qui et al., 2014).

## ↓ RYCINA 3

Dostępność receptora neurokinin-1 w mózgu u osób z zaburzeniami lęku społecznego. Obrazowanie uzyskano metodą PET. Od lewej: zdrowy mózg, mózg osoby chorej, zaznaczony obszar, który przetrwał korekty statystyczne. Czerwony znak to ciało migdałowe (amygdala). Reprodukowano z uprzejmą zgodą Macmillan Publishers (Frick et al., 2015).

mowym, nierzadko powoduje symptomy lękowe (Lurie et al., 2015; Neufeld et al., 2017).

Ostatnie badania wykazały, że zastąpienie bakterii *Lactobacillus* (Ryc.4) i *Bifidobacterium* zakończyło się zmniejszeniem lęku u przyjmujących go partycypantów (Akkasheh et al., 2016; Benton et al., 2007). Zmiany takiej nie zauważono w grupie placebo (więc nie „wymyślił” sobie tego) czy wśród osób które dobrze się czuły (być może u nich bakterie te działały dobrze). Można oczywiście argumentować, że każda zdrowa dieta byłaby przyczyną poprawy. Dowody nie potwierdzają tego założenia (Lach et al., 2018a), albowiem zwykła zbilansowana dieta nie powoduje takich radykalnych zmian. Oczywiście potrzeba wielu badań, aby udowodnić tę hipotezę. Być może bakterie wytwarzają substancję wymaganą do normalnego

## MYK NAUKOWY RADIO-PSYCHIATRA?

Czy potrafisz rozpoznać miejsce różnicy między mózgiem zdrowym a chorym na rycinie 3? Rozwiązanie znajduje się na skanie trzecim od lewej.



## JAK AKTYWOWAĆ UKŁAD LIMBICZNY?

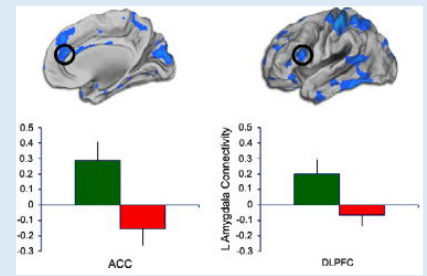
Jednym z testów, który pomaga uruchomić ciało migdałowate jest eksperyment z twarzami. Czy potrafisz rozpoznać twarz neutralną (lewa kolumna) od twarzy pokazującej strach (prawa kolumna)?

W specjalnych eksperymentach z maskowaniem, twarze pokazujące strach odkrywają deficyty w ciele migdałowatym.

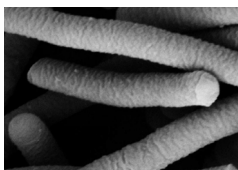
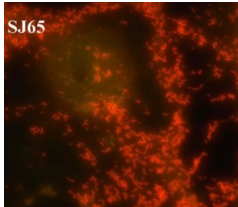
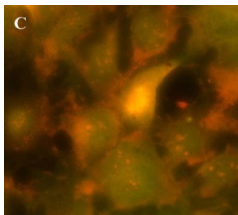
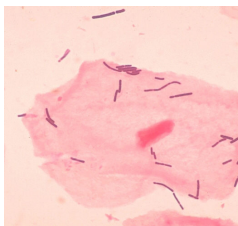


(Prater et al., 2013) przeprowadzili takie badanie, pokazując, że osoby ze społecznymi zaburzeniami lękowymi mają obniżoną konektywność ciał migdałowatych, w porównaniu z osobami zdrowymi.

Po prawej przedstawione są wyniki tego eksperymentu: obniżone projekcje ciała migdałowatego na Anterior Cingulate Cortex (ACC) oraz Dorsolateral Prefrontal Cortex (DLPFC). Czerwony pasek pokazuje dane partycypantów z lękiem społecznym. Zielone paski pokazują dane osób zdrowych uczestników. Miejsca z obniżonymi projekcjami



konektywnymi zostały oznaczone na modelach mózgu, z sekwencji MRI. Reprodukacja z uprzejmą zgodą Wiley i synów (Ltd) oraz Elsevier (Eimer i Kiss, 2015) - przykłady eksperymentu z twarzą.



### RYCINA 4

*Lactobacillus acidophilus* - gram pozytywna pałeczka kwasu mlekowego (od góry): na szkle Petriego, pod mikroskopem fluorescencyjnym (dwukrotnie) i pod mikroskopem elektronowym. Nazwa tej uroczej bakterii oznacza z łaciny kochająca kwas bakteria mlekowa. Możliwe, że gra poważną rolę w mechanizmie chorób limbicznych. Reprodukowano z uprzejmą zgodą Wikimedia Foundation i Springer Nature.

przetwarzania strachu i zdrowego postrzegania zewnętrznych bodźców? Być może celowanie w tę substancję i / lub jej receptory ujawniłoby nową klasę leków, z której skorzystałby pacjenci oporni na SSRI? Ten model oferuje ekscytującą i jak dotąd niezbadaną ścieżkę odkryć naukowych (Brzezicki i Ostrowski, 2019).

### BIOCHEMIA

W zaburzeniach limbicznych występuje prawdziwa plejada różnorodnych zmian biochemicznych (Ryc.1) (Bandelow et al., 2017). Dla zainteresowanych, są to zmiany w:

1. Neuroprzekaznikach: serotonina, noradrenalina, dopamina, GABA.
2. Neuropeptydach: cholecystokina, neurokini-ny, ANP, oksytocyna.
3. Hormonach osi HPA.
4. Czynnikiem immunologicznym.
5. Baro- i chemoreceptorach.
6. Mikrobiotomie i czynnikach enterycznego systemu nerwowego.

Stabilność tego systemu jest zaburzana przez bodźce zewnętrzne. Na przykład, u zdrowych dorosłych, zaniedbanie emocjonalne czy przemoc fizyczna może powodować odepnięcie wyrzutów kortyzolu, „hormonu stresu” (Carpenter et al., 2009), nadmiar glikokortykoidów (w skład których wchodzi również kortyzol) przyczynia się do poważnych konsekwencji takich jak zaburzenia myślenia i pamięci (Lupien et al., 2007) czy otyłości (Incollongo Rodriguez et al., 2015).

Zaburzenia limbiczne również zwiększają ryzyko znacznych wypadków sercowo-naczyniowych, takich jak zawał serca, udar niedokrwien-ny, niewydolność serca czy choroba miażdżycowa (Emdin et al., 2016). Dokładny mechanizm tej koegzystencji pozostaje nieznany.

## KILKA SŁÓW O PODEJMOWANIU DECYZJI

Aby lepiej zrozumieć postępowanie osoby z zaburzeniami lękowymi, warto zastanowić się nad teorią podejmowania decyzji. Dla ustalenia uwagi, możemy zasadniczo wyróżnić trzy główne systemy podejmowania decyzji: limbiczny, dopaminowy i czolowy (Bear et al., 2015).

### SYSTEM LIMBICZNY

Metoda ta jest bardzo użyteczna, ale niezwykle prymitywna. Decyduje o podstawowych zachowaniach takich jak *walka, ucieczka, głód czy podniecenie seksualne* (patrz: układ limbiczny w konektywności). Dzięki temu, w sytuacjach stresowych, można podjąć decyzję szybko i bez nadmiernego deliberowania (Ryc.5). Wyobraźmy sobie 17-letnią uczennicę liceum, która ucieka przed gwałcicielem. W tej sytuacji musi wprowadzić się w najlepszy fizjologicznie stan do biegu, a nie kontemplować zasady jedynki trygonometrycznej z zadania domowego z matematyki. Wyobraźmy sobie, że ktoś uczennicy tej kazałby obliczyć wyróżnik funkcji kwadratowej lub zdecydować o najlepszym wyborze kierunku studiów. Łatwo rozpoznać teraz, dlaczego osoby z zaburzeniami limbicznymi mogą mieć problemy z podejmowaniem skomplikowanych decyzji. Jednym z najtańszych i najszerzej dostępnych leków na uspokojenie tego systemu jest... etanol (potocznie znany alkohol). Stąd też jego popularność w palacji tego typu zaburzeń, mimo niskiej skuteczności długotrwałej. Często używane są również inne barbiturany, benzodiazepiny czy ketamina.

### SYSTEM DOPAMINOWY

Ten układ, z kolei, opiera się na zgoła innej trójcy: *impulsywność, nagroda i perseweracja*. Na pewno pamiętasz ostatni „bardzo niezbędny zakup” na portalu aukcyjnym? Bo było tanio i w sumie nie zmarnuje się. Zamówienie pizzy przez telefon? Oczywiście, przecież od jutra Chodakowska! Każdy zna to uczucie, kiedy wrzucamy nowe zdjęcie





#### RYCINA 5

Przykład 19-letniego mężczyzny, który próbuje udawać przerażenie, celując do siebie nożem. Patrzenie na obrazek powoduje aktywację układu limbicznego. Reykjavik, Islandia. Reprodukowano z uprzejmą zgodą @czarekisl.

na Instagrama i mamy mini zastrzyk dopaminy za każdym razem, kiedy pojawia się nowe powiadomienie. Każdy wie, co może zdziałać nowa wiadomość na messengerku i ten przyjemny dźwięk najnowszego snapa. Każdy wie, że te wszystkie zachowania nie są użyteczne, ale dają minimalne oderwanie się od nudnego podręcznika historii (lub psychiatrii).

*Oczywiście, że wypiję trzecią Jägerbombę! Supermargarolo czy Hamburger Śmierci? Dla mnie bez problemu!* (Ryc.6) To system dopaminowy.

Warto zauważyć, że małe zastrzyki dopaminowe mogą być niezwykle groźne. Każdy może uzależnić się w ten sposób od właściwie wszystkiego. Dlatego u osób z zaburzeniami limbicznymi tak często występuje współużywalność substancji psychoaktywnych pobudzających system dopaminowy (ale i serotoninowy!), takich jak MDMA (extasy), amfetamina, mefedron, kokaina.

#### SYSTEM PŁATA CZOŁOWEGO

Wreszcie mamy najnudniejszy układ: płata przedczołowego. Odpowiada on za wyważone decyzje, procesowanie empatii, emocji innych ludzi, społecznej akceptowalności. Te mogą być jednak uszkodzone w zaburzeniach limbicznych.

*„Może jednak warto odmówić przespania się z tym koleśkiem teraz, bo mojemu chłopakowi będzie smutno, a on robi dla mnie wiele rzeczy i pomaga mi w życiu. Poza tym, dostanie jednej pozytywnej rzeczy natychmiast vs. zniszczenie szczęśliwego związku nie jest niczym dobrym. Zmuszę się do tego, żeby odłożyć te głupie myśli”* – to płat przedczołowy zagłuszający limbiczne „Chodź się przełizać, zobacz jaki jest przystojny!” i dopaminowe „Zrób to, będziesz miała kopa szczęścia, przecież chłopak nawet się nie dowie!”. Dziwnym trafem, w populacji brak jest chęci nielegalnego stymulowania tego systemu decyzyjnego.

#### OBJAWY ZABURZEŃ

Każda dysfunkcja limbiczna może nieść ze sobą całą konstelację symptomów dysregulacji systemowej. *Obok grup objawów podano częstość występowania wg Noyes et al., 1980 lub innego źródła:*

##### PSYCHOLOGICZNE

- Strach, obawa przed śmiercią 42%,
- Derealizacja i depersonalizacja (uczucie braku realności) 48% (Mendoza et al., 2010),
- Nocne terrory (uczucia nagłego strachu po wybudzeniu w nocy), koszmary senne, paralize senne 75% (Korabelnikova, 2018),
- Pierwotna insomnia, tj. problem z zaśnięciem 60-80% (Korabelnikova, 2018).

##### MOTORYCZNE

- Trudności ze zrelaksowaniem się w spoczynku 71%,

- Uczucie życia „na krawędzi” 88%,
- Problemy ze „znalezieniem sobie miejsca” 71%.

##### NEUROLOGICZNE

- Trzęsienie 53%,
- Zaburzenia koncentracji i drażliwość 54%,
- Zaburzenia wzroku 40%,
- Zawroty głowy 63%,
- Bóle głowy (zwłaszcza ciśnieniowe: „ciasna opaska wokół głowy”) 69%,
- Bóle mięśniowe 68%,
- Parestezja (uczucie wsadzanych igieł w ustach, kończynach) 62%,
- Szum, piskliwy dźwięk w uszach 50%.

##### GASTROENTEROLOGICZNE

- Suchość w ustach 44%,
- Dysfagia (uczucie „guzka w gardle”) 53%,
- Nudności i wymioty 53%,
- Niestrawność 53%,
- Bóle żołądka i jelit 53%,
- Biegunka 53%.

##### KRĄŻENIOWO-ODDECHOWE

- Ucisk w klatce piersiowej 62%,
- Duszność 62%,
- Palpitacje serca, kołatanie serca 73%,
- Nieregularne bicie serca 73%,
- Pocenie się 68%.

##### UROLOGICZNE

- Zwiększona częstotliwość oddawania moczu 42%,
- Zaburzenia erekcji 52%,
- Problemy z osiągnięciem orgazmu 52%,
- Zaburzenia miesiączkowania, w tym opóźnienie lub brak miesiączki - brak dokładnych danych, ale brak miesiączki >3 miesiące występuje u 3-5% dorosłych kobiet a 20-35% z tego spowodowane jest zaburzeniami czynnościowymi, najczęściej spowodowanymi stresem (Meczekalski et al., 2014).

#### ROZPOZNANIE RÓŻNICOWE

Jak we wszystkich dziedzinach medycyny i chirurgii, większości danych diagnostycznych dostarczy wywiad. Warto jest ustalić:

1. Objawy systemowe zaburzeń (patrz wcześniej)
2. Objawy psychologiczne zaburzeń

*Czym się martwisz?*

*Czy jesteś w stanie się zrelaksować, wyłączyć? Jeśli tak, to na jak długo i czy zawsze?*

*Czy czujesz się, jakby świat nie był realny, jakbyś była za szybko? [derealizacja]*

*Czy czujesz się, jakbyś ty nie był realny? [depersonalizacja]*

3. Tempo objawów

*Czy czujesz się zdenerwowany cały czas?*

*Co może sprawić, że dostaniesz ataku paniki?*



#### RYCINA 6

Przykład 25-letniego mężczyzny, który otrzymuje zastrzyk dopaminowy na widok ilości mięsa jaką można dostać za 25 złotych (26 na wynos). Ulica Piotrkowska, Łódź. Pobrano ze zbiorów własnych autora.

#### MYK KLINICZNY ZIMNOKRWISTY ZABÓJCA

Pamiętaj, że chory nie interpretuje Twoich zachowań negatywnie z premedytacją. Jego aparat poznawczy czasami nie jest w stanie rozpoznać, że masz pozytywne nastawienie. Warto jest wtedy uzbroić się w cierpliwość i okazać dużo wsparcia.

*Kiedy to się wszystko zaczęło?*

*Co sprawiło, że chcesz o tym porozmawiać akurat dzisiaj?*

#### 4. Uzależnienia – nie tylko od leków i alkoholu!

Pamiętaj, można uzależnić się od wszystkiego, a alkohol to najtańszy i najbardziej dostępny lek na uspokojenie działania receptorów systemu GABA-glutaminowych. Zaoferuj coś, co nie ma tak uciążliwych efektów systemowych jak etanol.

#### 5. Wpływ na życie

*Jak te zaburzenia wpływają na twoje życie prywatne/zawodowe/szkołę?*

*Czy tracisz coś z powodu na te zaburzenia?*

*Czy straciłeś już coś z powodu na te zaburzenia?*

*Czy ma to poważne konsekwencje, np. niezdany egzamin, zwolnienie z pracy?*

#### 6. Współzachorowalność – inne choroby medyczne i chirurgiczne (w tym zaburzenia afektywne, sprawdź, które są dominujące!).

Omówione następnie diagnozy różnicuje się w oparciu o wywiad szczegółowy.

#### F41.0 ZESPÓŁ PAROKSYZMOWYCH ZABURZEŃ LĘKOWYCH

Inaczej, Zaburzenia Paniki, (z ang. *panic disorder, episodic paroxysmal anxiety*) to choroba, której głównym elementem są powracające, silne ataki paniki (patrz: ataki paniki). Ataki te nie są ograniczone do specyficznych sytuacji; bywają zatem nieprzewidywalne. Aby ustalić formalną diagnozę, warto udokumentować przynajmniej kilka ataków paniki w ciągu miesiąca. Między atakami, chory powinien być relatywnie wolny od objawów ostrych zaburzeń limbicznych.

*Rozpoznania różnicowe:*

- Inne zaburzenia limbiczne, np. GAD (gdy lęk jest w postaci przewlekłej) lub fobie specyficzne (ustal, czy ataki paniki rzeczywiście nie mają jakiejś przyczyny),
- Zaburzenia afektywne, np. choroba afektywna typu I (zaburzenia limbiczne bardzo często koegzystują z obniżonym nastrojem; jeśli objawy nastroju są dominujące, ustal diagnozę afektywną), powstrzymaj się jednak od rozpoznawania dwóch chorób na raz:

*Mówiłeś o swoich objawach... jak myślisz, bardziej doskwierają ci ataki paniki czy to, że czujesz się zdołowany?*

- Wycofanie alkoholowe lub lekowe (sprawdź, czy ostry atak paniki nie jest spowodowany dekomensacją układu nerwowego),
- Inne przyczyny systemowe (patrz, badania do wszystkich zaburzeń limbicznych).

#### F41.1 ZESPÓŁ LĘKU UOGÓLNIONEGO

Z ang. *general anxiety disorder* (stąd: GAD) to choroba, w której lęk występuje w stopniu przewlekłym, głównie niezależnym od czynników zewnętrznych.

*Życie jest nieustannym zmartwieniem*

*Jestem martwiobotem. Myślenie moje prawie całkowicie zdominowane jest przez martwienie się o przyszłość, kolejne porażki, rozpamiętywanie błędów; obawę, czy zdam z historii i czy nie wyrzucą mnie z pracy.*

Aby zdiagnozować GAD, najlepiej jest ustalić trwanie objawów nieprzerwanie od minimum sześciu miesięcy. Podczas opisywanego okresu, intensywność symptomów może się zmienić.

*Rozpoznania różnicowe:*

- Zaburzenia adaptacyjne (sprawdź, czy objawy nie są spowodowane jakimś wydarzeniem lub zmianą; w tym wypadku warto jest skupić się na mechanizmach adaptacyjnych. Krótszy czas objawów, <6mcy będzie również przemawiał za tą diagnozą),
- Fobie specyficzne (sprawdź, czy objawy są rzeczywiście niezależne od innych czynników),
- Zespół paroksyzmycznych zaburzeń lękowych (sprawdź, jakie jest tempo objawów w czasie),
- Neurastenia (zespół chorób w których głównym objawem jest fatyga, zmęczenie; sprawdź, czy niemożność relaksacji nie jest spowodowana przewlekłym wycieńczeniem),
- Przyjmowanie amfetamin lub nagle ich wycofanie (historia lekowa),
- Nadmierna konsumpcja kofeiny (każdy będzie miał GAD, jeśli pije 20 espresso dziennie).

*Czy czujesz się, jakbyś żyła na krawędzi?*

*Czy przejmujesz się wszystkim cały czas?*

#### F40 FOBIE

W tych zaburzeniach można zazwyczaj wyróżnić jakiś **czynnik spustowy**, który powoduje objawy limbiczne (np. pająki, węże). Warto sprawdzić ich wpływ na życie rodzinne, zawodowe, naukowe i społeczne chorego (w jego subiektywnej opinii, a nie twojej ocenie!).

*Dużo ludzi myśli, że ich strach to coś głupiego... Ale tak naprawdę większość z nas się czegoś boi. Pewnie myślałeś, że jeśli powiesz mi o strachu przed kaczkami, pomyślę że jesteś idiotą i nie docenię tego, jaki byłeś odważny, żeby mi to przekazać.*

*Wiem, że przejmujesz się wieloma rzeczami. Czy jest coś, czego boisz się w szczególności?*

**F40.1 FOBIA SPOŁECZNA** to lęk przed krytyką lub oceną innych. Powoduje unikanie sytuacji takich jak szkoła, uczelnia, praca, sprawdziany,

#### GABA NEUROPRZEKAŹNIK USPOKOJENIA



GABA Uspokaja wyładowania neuronów w ośrodkowym układzie nerwowym. Duże dawki zwiększają skupienie; małe powodują niepokój. Również wpływa na kontrolę motoryczną i wzrok.

#### NORADRENALINA NEUROPRZEKAŹNIK KONCENTRACJI



NORADRENALINA Wpływa na uwagę i zachowania odpowiedzi na stres. Uwikłana jest w mechanizm walki lub ucieczki. Obkurcza naczynia krwionośne, zwiększa przepływ krwi.

#### DOPAMINA NEUROPRZEKAŹNIK PRZYJEMNOŚCI



DOPAMINA Odpowiada za uczucia przyjemności, uzależnienia, ruchu i motywacji. Ludzie lubią powtarzać zachowania, które powodują wyrzut dopaminy.

#### ADRENALINA NEUROPRZEKAŹNIK WALKI



ADRENALINA Produkowana jest w sytuacjach stresowych. Powoduje zwiększenie rytmu bicia serca i przepływu krwi, co daje wzmocnienie fizyczne i zwiększenie świadomości.

Ryciny reprodukowane z Compound Interest 2015 (CC4.0 BY NC ND).

### MYK KLINICZNY ATAK PANIKI

Nagły atak paniki może być jakkolwiek konstelacją objawów zaburzeń limbicznych.

#### Według WHO, w szczególności wyróżnia się:

- Nagłe kołatanie serca,
- Ból w klatce piersiowej,
- Dławienie, dysfagia,
- Zawroty głowy i poczucie nierealności (depersonalizacja lub derealizacja),
- Strach przed śmiercią, utratą kontroli lub szaleństwem.

oceny okresowe. *Au contraire* do agorafobii, ludzie z fobią społeczną czują się dobrze w anonimowym tłumie; nie lubią przebywania w małych grupach, w których wydaje im się, że inni ich oceniają lub krytykują (nawet jeśli nie robią tego otwarcie).

Oprócz ogólnych objawów limbicznych, w tej grupie wyróżnia się: notoryczne uczucie zawstydzenia, trzęsienie rąk, nudności, zwiększoną częstość oddawania moczu (lub uczucie chęci oddania moczu).

#### Rozpoznanie różnicowe:

- Nieśmiałość (jako cecha charakteru; jeśli sytuacje społeczne wywołują dyskomfort, a nie otwarty strach czy panikę),
- Agorafobia (sprawdź zachowanie w anonimowym tłumie),
- Zaburzenia osobowości (jeśli choroba przebiega w stopniu przewlekłym, przez całe życie),
- Choroba ze spektrum autystycznego (sprawdź, czy lęk nie wynika z braku umiejętności społecznych czy psychologicznego niedostosowania społecznego),
- Psychoza (sprawdź, czy obawy nie mają podłoża paranoidalnego, urojeniowego).

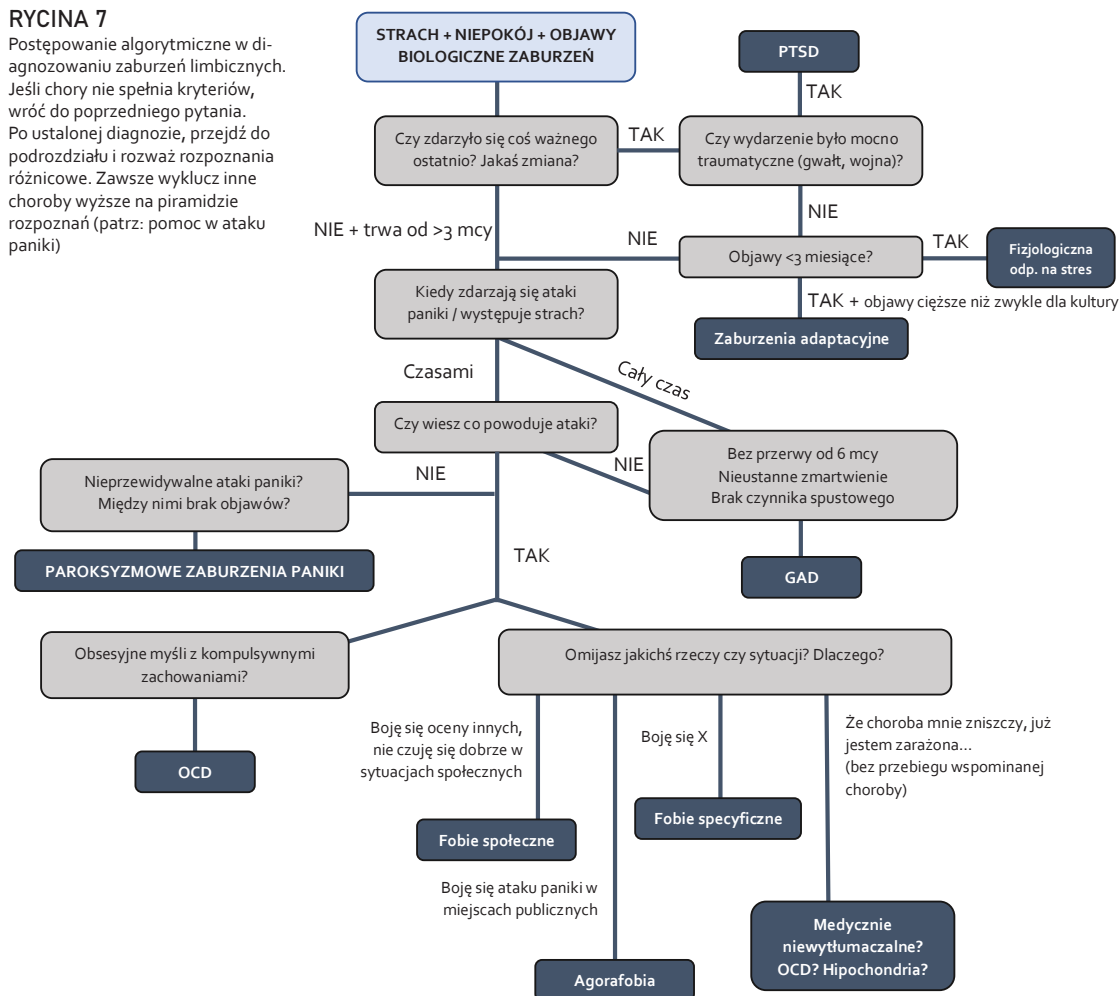
**F40.0 AGORAFOBIA** (z greki, *strach przed rynkiem miejskim*) objawia się lękiem przed opuszczeniem domu i miejscami, gdzie występuje tłum, np. podróżowanie transportem publicznym, stanie w kolejkach czy siadanie na środkowym miejscu w kinie/samolocie. Występuje przytłaczająca chęć natychmiastowego powrotu do domu.

**F40.2 FOBIE SPECYFICZNE** to zaburzenia, w których da się ustalić bezpośrednią i izolowaną przyczynę lęku, np. przed określonymi zwierzętami, wysokością, burzą, ciemnością, lataniem, zamkniętymi pomieszczeniami czy krwią.

**F42 ZABURZENIA OBSESYJNO KOMPULSYJNE (OCD)** (z ang. *obsessive compulsive disorder*) to choroba, w której głównym problemem są obsesyjne myśli na jakiś temat. Myśli te mogą objawiać się w formie idei, obrazów czy impulsów, które notorycznie wchodzą do głowy i zaprzatają proces myślowy pacjenta. Chory próbuje się ich pozbyć, ale jest to zazwyczaj niemożliwe. Osoba cierpiąca na zaburzenie wie, że te myśli należą do niej, ale nie wytarza ich samodzielnie; są wyjątkowo nieprzyjemne i uciążliwe. Towarzyszące nim kompulsywne działania są wręcz rytualne i wiążą się z myślami, np. „zarazki są wszędzie” – „muszę myć ręce”.

### RYCINA 7

Postępowanie algorytmiczne w diagnozowaniu zaburzeń limbicznych. Jeśli chory nie spełnia kryteriów, wróć do poprzedniego pytania. Po ustalonej diagnozie, przejdź do podrozdziału i rozważ rozpoznania różnicowe. Zawsze wyklucz inne choroby wyższe na piramidzie rozpoznania (patrz: pomoc w ataku paniki)



### MYK KLINICZNY KAŻDY MA CECHY

Spektrum normalności psychiatrycznej jest wyjątkowo szerokie. Każdy ma jakieś **cechy** zaburzeń osobowości, limbicznych, afektywnych czy nawet psychotycznych! Nie każdy, jednak, potrzebuje leczenia.

Dla pacjenta ważne jest, aby usłyszeć konkretną diagnozę. "Cechy depresyjne", "Elementy fobii społecznej" są niejasnym i niepotrzebnie używanym określeniem.

Napiszmy: F41.0 Zespół Paroksyzmowych Zaburzeń Lękowych.



Wykonywanie tych czynności przynosi ukojenie w myślach, ale nie jest przyjemne dla chorego. Kompulsje nakierowane są bardziej na prewencję czegoś, czego boi się osoba chora. Zazwyczaj wie ona, że te działania są bezsensowne, ale jest bezsilna w próbie powstrzymania ich. Częste kategorie obsesji to: zanieczyszczenie, agresja (w stosunku do siebie i innych), infekcja, moralność religijna i seksualna.

Rozpoznania różnicowe:

- Inne zaburzenia limbiczne (jeśli lęk jest bardziej zauważalny niż obsesje czy kompulsje),
- Zaburzenia afektywne (obsesje mogą być częścią progresji dyskonectomii afektywnej),
- Zaburzenia osobowości (jeśli objawy występują przez całe życie),
- Psychoza (jeśli obsesje mają charakter urojenowy - ludzie z OCD wiedzą, że tych nadciągających infekcji w rzeczywistości nie ma!),
- Płasawica Sydenhama lub zespół post-streptokokowy (historia infekcji).

„Czy masz jakieś niepokojące cię pomysły lub myśli? Opowiedz mi o nich...”

„Czy próbujesz je zablokować?”

„Czy masz uczucie tego, że zawsze musisz coś zrobić, gdy o czymś pomyślisz? Nawet jeśli wydaje ci się to głupie?”

W zależności od wiary w zasadność kompulsji:

„Jak czujesz się z tym, że masz takie myśli / zachowania?”

„Czy uważasz, że są one uzasadnione?”

„Czy uważasz, że jest dużo prawdy w tym, o czym myślisz?”

„Czy starasz się zablokować te myśli czy zachowania? Jak ci się to udaje? Jak to robisz?”

Jeśli trzeba podaj przykłady: mycie rąk, sprzątanie, liczenie, ustawianie przedmiotów we wzory.

**F43.1 POST-TRAUMATYCZNE ZABURZENIE STRESOWE (PTSD)** (z ang. *post traumatic stress disorder*) to zaburzenie, które występuje jako opóźniona (tygodnie, miesiące) reakcja na silny stres (krótki lub długotrwały) o katastroficznych skutkach (wojna, wypadek samochodowy czy gwałt). Osoby chore na PTSD mogą mieć nagle wizualizacje traumatycznych przeżyć (tzw. flashbacki) spowodowane nawet małym czynnikiem stresowym (np. zauważenie dziewczynki bawiącej się na placu zabaw powoduje przypomnienie dzieci z karabinami maszynowymi na wojnie). Co ciekawe, mimo koszmarów sennych i intruzji wspomnień, pacjenci bardzo często odczuwają znieczulenie na bodźce zewnętrzne, wyczerpanie emocjonalne, poczucie odizolowania od innych ludzi czy anhedonię (brak możliwości odczuwania przyjemności). Większość ludzi odpowiada dobrze na terapię i uzyskuje całkowite wylecze-

ZACHOWANIE	DOBRA ADAPTACJA	SZKODLIWA ADAPTACJA
Fobie, PTSD	Omijanie czynnika stresowego.	Kompulsywne unikanie czynnika stresującego (ograniczenia jakości życia)
Lekarstwa	Krótkotrwałe lekkie środki uspokajające.	Długotrwałe użycie benzodiazepin, alkoholu czy narkotyków.
Rozwiązywanie Problemów	Systematyczna praca nad problemami.	Wpadanie w panikę, agresję, drażliwość za każdym razem, gdy pojawia się problem.
Przyzwyczajenie się do nowego porządku	Akceptacja i szukanie nowego sposobu życia.	Samookaleczenie, negacja, agresja.

nie. Mała część może przekształcić swoje PTSD w permanentne zaburzenie osobowości (np. F62.0).

↑ Tabela przykładów szkodliwych i dobrych zachowań adaptacyjnych.

Rozpoznania różnicowe

- Inne zaburzenia afektywne i limbiczne (stres może powodować wytworzenie się tych chorób),
- Zaburzenia adaptacyjne (zwłaszcza jeśli stresor zdarzył się w ciągu ostatnich sześciu miesięcy),
- Fizjologiczna odpowiedź na stres, np.: żaloba (zmiany nie ograniczają życia chorego, nie ma przeważających objawów).

„Czy zdarzyło się coś strasznego dla ciebie w tamtym okresie?”

„Jak bardzo cię to boli? Jak bardzo byłeś zraniony? Jak mocno cię to zabolalo wtedy?”

„To okropne o czym mówisz... naprawdę musiało być niesamowicie stresujące...”

„Czy masz myśli, wizualizacje tych wydarzeń? Jeśli tak, to co je powoduje?”

„Czy masz koszmary, paraliże senne?”

Sprawdź również: sen, ciągle napięcie, zachowania unikania czynników spustowych, zmiany emocjonalne.

**F43.2 ZABURZENIA ADAPTACYJNE** to proces, w którym organizm człowieka próbuje przystosować się do nowej sytuacji. Mogą one spowodować zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym, obniżenie nastroju, objawy lękowe czy obawę u pacjenta, że nie będzie mógł sobie poradzić z nową rzeczywistością. W populacji dzieci i młodzieży często występuje dodatkowy bunt czy zaburzenia zachowania jako manifestacja protestu przeciwko zmianom. Przyczyny zaburzeń adaptacyjnych mogą być różne. Najczęściej związane są z rozbięciem wiązań społecznych (śmierć ważnej osoby, zmiana w otoczeniu, rodzinie) czy systemu wsparcia (migracja, utrata zasiłku, pracy). Bardzo często występują przy większych zmianach życiowych takich jak nowa szkoła, niepowodzenie życiowe, przejście na emeryturę. W zaburzeniach adaptacyjnych, osoba chora reaguje bardziej niż średnia kulturowa dla danego wydarzenia, ale nie na tyle, aby ustanowić diagnozę choroby afektywnej czy PTSD. Na przykład, wdowa, która nie chce uczestniczyć w przyjęciu urodzinowym tydzień po śmierci

### MYK KLINICZNY CZY TO NA DERMATITIS?



Duża część zaburzeń będzie prezentowała się do różnych specjalizacji czy poradni rodzinnych. Czasami przewlekłe zapalenia skóry wynikają z kompulsywnego mycia rąk!

### MYK KLINICZNY KLĄTWA BOŻKA PANA



Mitologia głosi, że grecki Bóg, Pan lubił płatać figle śmiertelnikom. Kiedy podróżnicy przechadzali się po lesie, wyskakiwał na nich zza krzaków, powodując okropny atak lęku, stąd „Pan-ika”...

Sprawdź, co oznacza dla pacjenta to słowo. Niektórzy mówią „zobaczyłam rachunek za gaz i spanikowałam!”, co jest normalną reakcją, zwłaszcza po sezonie zimowym.

Prognozy zużycia prądu czy gazu w naszym nieszczęśliwym kraju są tak proste do odczytania, że bez dwóch doktoratów z matematyki i habilitacji z rachunku różniczkowego, panika i dezorientowanie są normalną reakcją fizjologiczną.

męża (to normalna odpowiedź) vs. wdowa, która śpi koło męża na cmentarzu (to niezdrowa odpowiedź). Niektóre osoby sprawiają wrażenie, jakby znakomicie radziły sobie w takich sytuacjach, choć w rzeczywistości odczuwają silne emocje. W większości przypadków wsparcie i pomoc przy rozwiązaniu doraźnych problemów jest wystarczająca do osiągnięcia pełnego wyzdrowienia. Staraj się wspierać dobre modele radzenia sobie ze stresem (patrz: tabelka z przykładami).

## INSTRUMENTY POMIAROWE

Istnieje wiele kwestionariuszy czy systemów oceny objawów w zaburzeniach limbicznych. Nie są one używane do diagnozy *per se*, ale mogą być użyteczne w ocenie postępów leczenia. Przykłady: DASS-21, GAD-7, HAM-A.

## LECZENIE KONSERWATYWNE

Każdy pacjent zasługuje na to, aby zaoferować mu najlepsze opcje leczenia zachowawczego, zanim sięgniemy po bardziej drastyczne środki.

**1. Uspokój siebie i swój ton głosu** – zanim przystąpisz do zbierania wywiadu lub leczenia, weź głęboki oddech. Upewnij się, że sam nie masz czegoś zaprzątającego ci głowę: potrzeby fizjologiczne, ważny telefon, odpowiedź na maila. Jeśli ty wyglądasz na spiętego, jak masz zamiar emanować spokojem?

**2. Ustal powód przyjęcia** – zobacz, jak zachowuje się twój pacjent, pomyśl, co może go wprawiać w lęk, strach, zaniepokojenie. Mówienie o trudnych sprawach może być stresujące; nie zmieniaj jednak tematu i nie unikaj tych zagadnień. Bądź cierpliwa, wspierająca i metodyczna.

**3. Przygotuj pokój rozmów** – zapytaj się, co można zrobić, aby pacjent poczuł się swobodnie. Ustaw się pod kątem 45 stopni, a nie konfrontacyjnie twarzą w twarz. Daj możliwość wyjścia z pokoju, postaraj się o ciszę i brak roztargnienia podczas konsultacji.

**4. Zostań trenerem** – pomyśl o rozmowie jak o biegu na 100 metrów. Twój zawodnik może na razie przebiec jedynie 30. Obaj chcielibyście, aby udało się zdobyć cały dystans, jednak zawodnik boi się, że bieg powyżej 30 metrów spowoduje skurcz, paraliż, upadek i zgon sercowy. Pewnie pacjent nie przebiegnie od razu tych 100 metrów, ale warto jest motywować go (czasami z silną perswazją) i negocjować, aby pokonywał coraz większe dystanse. Nie ustępuj z celu 100 metrów, ale i przyjmij kompromisy: nawet 32 metry to o 2 metry więcej!

### Szkodliwe strategie:

- „Nie ma obiektywnych dowodów, czemu nie powinieneś przebiec 100 metrów” (zaufaj mi, pacjent na pewno je znajdzie!),

- „Nie dostaniesz skurczu i paraliżu” (a skąd ma to wiedzieć? W jego głowie właśnie tego się boi! Może lepiej przebiec tylko 15?),

- „Nie chcę, abyś zbyt szybko się zmęczył. Lepiej będzie jeśli, dla bezpieczeństwa, przebiegniesz tylko 15 metrów” (chwilowa ulga dla pacjenta spowoduje tylko dalsze ograniczenia – może, w takim razie, lepiej w ogóle nie biec?),

- „Masz przebiec 100 metrów albo wyrzucę cię z drużyny!” (strategia kija i marchewki może działać dobrze; strategia kija i kija już nie).

**5. Środowisko** – pomyśl nad grupą wsparcia w otoczeniu pacjenta: rodzina, przyjaciele, grupy religijne i zainteresowań, etc.

**6. Rozwiązywanie problemów** – pomyśl nad praktycznym tokiem postępowania (nie imputuj go ani nie mów od razu, że jest najlepsze!). Poleć poradnie prawne, finansowe, rodzinne.

„Nawet nie wyobrażam sobie, jak trudno jest ci płacić rachunki za prąd” [powtórzenie problemu – słucham ciebie].

„Problemy finansowe mogą być naprawdę stresujące” [afirmacja – nie wymyślasz sobie tego!].

„Słyszałem, że firmy energetyczne mają specjalną infolinię dla takich osób” [proponowanie rozwiązania bez imputowania – nie mówię ci, co masz robić].

„Wielu pacjentów skorzystało z tego i naprawdę sobie chwalili” [normalizacja problemu – inni też tak mają, nie jesteś sam]

„Ostatnio dostałem telefon od pacjentki, która powiedziała: «dziękuję, panie doktorze, za polecenie; powiem jedno: dziś mogłam nareszcie spokojnie połączyć» [podświadome modelowanie nowego połączenia: telefon

→ rozwiązanie problemu → spokojny sen].

„Myślisz, że jest to coś, czego mogłabyś spróbować?” Odpowiedź: „Myślę, że tak, mogę zadzwonić jutro”.

Warto zauważyć, że w tej sytuacji pacjent myśli, że to *on sam* wytworzył to rozwiązanie, przez co będzie z niego bardziej dumny i łatwiej je wykona. Nierzadko zdarza się, że pacjent całkowicie odrzuca rozwiązanie proponowane przez lekarza, aby tylko po chwili zapostulować swoje, minimalnie zmienione. Warto jest powstrzymać się od mówienia „ale ja to przed chwilą proponowałam i mówiłeś, że tego nie chcesz!”. Przyjmijmy z pokorą, że pacjent jednak ma rację. Satysfakcja z udowodnienia czegoś lekarzowi będzie dobrym paliwem do zmiany zachowania. A rozwiązanie problemu świetną nagrodą dla leczącegogo.

**Całość terapii można zawrzeć w cytacie Pat Baker z utworu „Regeneracja”:**

„Leczenie czasami składa się ze zwykłego zachęcenia pacjenta do porzucenia jego

## MYK KLINICZNY UWAŻAJ NA SŁOWA



Często chory prosi o zachowanie tajemnicy. Nie zawsze można jej jednak dotrzymać, np. w przypadku gwałtu, paedofilii czy innych przestępstw, w których dobro publiczne wymaga kooperacji z policją i prokuraturą. Można zaś zapewnić pacjenta, że tajemnica lekarska chroni ją przed rodziną, znajomymi, szkołą czy pracodawcą.

nieszczęsnych prób zapomnienia przykrych wydarzeń. Zamiast tego, zachęć go do poświęcenia jakiejś części każdego dnia rozpamiętywaniu tych wspomnień.

Nie chodzi tu o żmudne pastwienie się nad pamięcią czy próbę wmówienia sobie, że to nigdy się nie zdarzyło.

[Chodzi o przetrwanie tego posiłku. Nawet kilka razy, jeśli to potrzebne.

Rozmawianie i omówienie tego po kilka razy, chociażby z samym sobą]

Zazwyczaj, w ciągu tygodnia albo dwóch

[...] koszmary zaczynają być rzadsze, a wspomnienia stają się trochę mniej przerażające.”

### MODYFIKACJE STYLU ŻYCIA

Jest trochę dowodów ekologicznych na stosowanie specjalnej diety, np. „zachodnia” (obfita w białka i tłuszcze) jest gorsza od „śródziemnomorskiej” (tu przeważają warzywa i owoce morza). Zauważalny jest tu wpływ na mikrobiom (Ríos-Covián et al., 2016). Mimo tego, nie ma obecnie danych popierających wyższość jednej diety nad drugą. Większość badań melduje brak różnicy (Opie et al., 2015). Przyjmowanie *Lactobacillus* i *Bifidobacterium* było skuteczne w palacji objawów lękowych w badaniu Benton et al., 2007. Warto zauważyć, że było ono sponsorowane przez firmę produkującą probiotyk. Na jego obronę, można wspomnieć, że pierwotnym założeniem było leczenie zatwardzenia. Jogurty nie osiągnęły jednak tego celu. *Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus casei* i *Bifidobacterium bifidum* zmniejszyły również symptomy afektywne u osób z zaburzeniami lękowymi (Akkasheh et al., 2016). *Bifidobacterium longum* stosowane przy zespole jelita drażliwego (IBS) zmniejszyło depresję i poprawiło ogólną jakość życia (Lach et al., 2018b).

Ćwiczenia fizyczne są potocznie zalecaną interwencją w zaburzeniach lękowych. Istotnie, aktywność fizyczna jest lepsza od placebo, ale przegrywa w efektywności z antydepresantami SSRI. Oznacza to, że ćwiczenia powinny być dodatkiem, a nie służyć jako coś, co zastąpi SSRI i CBT. Warto zauważyć, że nie ma różnicy w rodzaju aktywności fizycznej: może być to spacer jak i trening interwałowy - cokolwiek podoba się choremu (Jayakody et al., 2014).

### PSYCHOTERAPIA

Kiedy interwencje zachowawcze nie wystarczają...

#### ARTETERAPIA

Pierwsze doniesienia z badań RCT mówią o pozytywnym wpływie sztuki, zajęć z rysowania, wizyt do muzeum czy słuchania muzyki w krótkotrwałym leczeniu zaburzeń odpowiedzi na stres (de la Rubia Ortí et al., 2018; Abbing et al., 2018).

### ODWRAŻLIWIENIE ZA POMOCĄ RUCHU GAŁEK OCZNYCH (EMDR)

Głównym celem terapii (z ang. *Eye Movement Desensitisation and Reprocessing*) jest zmiana połączeń neuronowych w mózgu osób chorych na PTSD. Gdy następuje traumatyczne wydarzenie, pamięć, emocje oraz wrażenia zmysłów chorego „zamrażają się” w swoim patologicznym impasie. Celem terapii jest „odmrożenie” tych przeżyć i przeprosowanie ich na normalny tor myślowy w mózgu. EMDR polega na tym, że chory zachęcany jest do przeżycia całego wydarzenia jeszcze raz, w jak najdrobniejszych szczegółach, np. przez przywołanie filmu, narrację świadka, odczytanie wspomnień. Pacjent skupia się na palcu terapeuty i wodzi za nim wzrokiem, gdy ten przesuwają go w lewo i prawo przed jego twarzą. Oprócz ruchów gałek ocznych, możliwe jest stymulowanie dźwiękiem (pukanie, stukanie). Mimo zgoła komicznego wyglądu, terapia ta została szeroko zbadana naukowo. Udowodniono jej skuteczność w PTSD w wielu badaniach RCT i meta analizach chorób, w których trauma jest głównym psychospołecznym elementem aetiologicznym (Valiente-Gómez et al., 2017).

### TERAPIA KOGNITYWNO-BEHAWIORALNA (CBT)

Z ang. *cognitive behavioural therapy* pozostaje złotym standardem leczenia zaburzeń limbicznych. Oferuje ona znakomite wyniki takie jak:

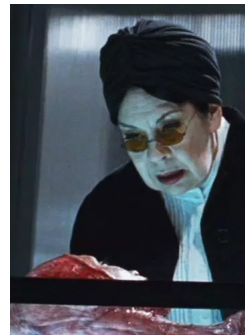
- Pozytywna odpowiedź kliniczna +64% [95% CI +55%,+74%],
- Zmniejszenie objawów typowo lękowych -100% [95% CI -124%, -77%],
- Zmniejszenie symptomów lęku i niepokoju -90% [95% CI -116%, -64%],
- Redukcja objawów depresyjnych -96% [95% CI -120%, -72%].

Dobre skutki CBT utrzymują się również po 6 miesiącach od zakończenia leczenia, powodując trwałe usprawnienia w pracy mózgu (Ryc.8). Jest to zaiste królowa psychoterapii. Jej skuteczności nie przebijają terapie psychodynamiczne, behawioralne, zwykłe wsparcie (Hunot et al., 2007), terapie relaksacyjna czy „biofeedback” (Cuijpers et al., 2014). Meta-analiza CBT przeprowadzonej za pośrednictwem różnych mediów dostarczyła kolejnych dowodów na to, że nie trzeba jej dokonywać *vis-a-vis*. CBT może być świadczona przez np. biblioterapię (+48%, N=1048, [95% CI +30%,+35%]), komputeroterapię (+69%, N=458, [95% CI +31,+107%]) czy terapię internetową (+79%, N=2522, [95% CI +62%, +96%]) (Mayo-Wilson & Montgomery, 2013). Naturalnie ta prowadzona metodą *in vivo* jest skuteczniejsza.

Co ciekawe, istnieje trochę dowodów na to, że sama terapia desensytyzacyjna może być efektyw-

### MYK NAUKOWY PARADOKS LEKÓW

Niektóre działania niepożądane leków to pogorszenie tego, co mają leczyć! Na przykład możliwe jest wywołanie ataku paniki przy braniu leków przeciwlękowych.

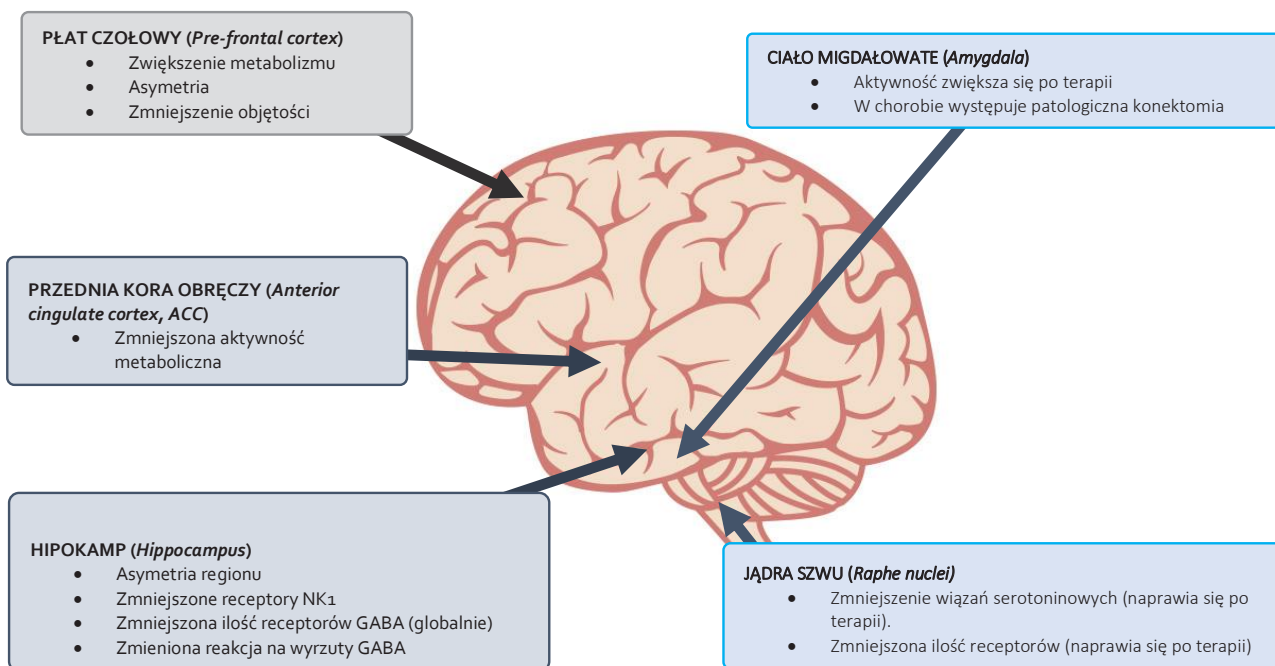


Kadr z filmu „Martyrs” (2008) reż. Pascal Laugier, w którym bohaterka ma indukowaną psychozę poprzez ograniczenie zmysłowe. Pokazany jest również stan katatonii zgłośliwej wywołanej ekstremalnymi zaburzeniami stresowymi.

### MYK KLINICZNY ALKOHOL CZY LĘKI?

W leczeniu współzależności choroby alkoholowej i zaburzeń lękowych, dowody wskazują na ograniczone działanie SSRI. W takim przypadku, o wiele lepiej skupić leczenie na alkoholizmie (Ipser et al., 2015).





## ↑ RYCINA 8

Biologiczne zmiany w mózgu osoby z zaburzeniami paniki. Podobne zmiany występują we wszystkich podgrupach zaburzeń limbicznych. Synteza dowodów dostępna w Banelow et al., 2016. Strzałkami oznaczono orientacyjne miejsca struktur na schematycznym planie mózgowia.

na w leczeniu fobii (Mayo-Wilson & Montgomery, 2013). Można postawić hipotezę, że CBT jest właśnie dlatego taka skuteczna, bo ma ważny element desensytyzacyjny.

## PRYNCPYPIA I PRAKTYKA CBT

Terapia kognitywno-behawioralna polega na zmianie połączeń w mózgu osoby chorej. Odbywa się to w sieci: myśli – emocje – zachowania (stąd: kognitywno-behawioralna). Reakcje generowane w tym paradygmacie są właściwie nieodłączną częścią funkcjonowania człowieka. Odbývają się one wokół centralnego schematu zwanego *core belief* (Ryc.10). Co to jest? Już tłumaczę.

Przyjmijmy, dla ustalenia uwagi, że otrzymujemy pozytywną ocenę ze sprawdzianu. Mechanizm wygląda następująco.

**CORE BELIEF:** *dobra ocena = nauczyłam się na sprawdzian.*

**MYŚLI:** „Jejku, znaczy, że jednak coś umiem!”.

**EMOCJE:** szczęście, entuzjazm, chęć podzielenia się dobrymi wiadomościami.

**ZACHOWANIE:** Wyjście ze znajomymi na miasto, aby świętować sukces.

W wersji patologicznej, na początku mamy taki sam, normalny dla populacji, *core belief*. Myśli idą jednak w inną stronę...

**MYŚLI:** „Jejku, znaczy, że jednak coś umiem!

*Ale zaraz, mam następny sprawdzian jutro... czy zdołam się nauczyć? Czy uda mi się dostać dobrą ocenę? Ona jest dla mnie bardzo ważna... A ja nienawidzę historii! Ciągłe się uczyć i uczyć, ale nic mi nie wychodzi, na pewno dostanę kolejną jedynkę... nie dam rady, nie wiem, co mam zrobić!”.*

**EMOCJE:** Strach, niepokój, chęć odizolowania się, zamknięcia się z myślami.

**ZACHOWANIE:** Izolacja społeczna, zwiększenie zmartwienia, przejmowanie się.

Warto zauważyć, że w tym modelu przejmowanie się występuje nawet, jeśli *core belief* jest początkowo normalny. Łatwo wyobrazić sobie jak ten cykl połączeń przetransmituje się w bardziej permanentny. **Po jakimś czasie, core belief to: dobra ocena = zaraz stanie się coś okropnego.** Osoba może po prostu przestać angażować się w naukę, być rozproszona lub spędzać cały czas pracy na martwieniu się.

Nawet jeśli fizycznie siedzi nad książkami, jej mózg nie jest w stanie przyswajać nowej wiedzy. Przepala tylko frenogodzinny „grzejąc się” rychłym niepowodzeniem na sprawdzian. Toteż negatywna ocena na teście nie będzie pojmowana jako wada metod zapamiętywania („Przecież uczyć się tyle godzin! Aż zasypiam nad książkami!”), ale jako inherentna wada samej osoby lub bliżej nieokreślonego wszechświata. Wobec takiego *dictum*, chory zaczyna rzeczywiście wierzyć, że dobra ocena nie jest czymś pozytywnym, ale kolejnym zwiastunem nieszczęścia. W takim wypadku ciężko jest dostarczyć dobrych informacji zwrotnych, a choroba pogłębia się, zajmując kolejne połączenia aparatu poznawczego. Na ten model nakłada się jeszcze sfera manifestacji fizycznych. W przypadku patologicznych sieci kognitywno-behawioralnych w mózgu, może nastąpić cała plejada dekompensacji i dysregulacji systemowej (*patrz:* objawy zaburzeń). Czasami jest to tak poważne, że wywołuje atak paniki.

W związku z różnorodnością zaburzeń, praktyka CBT nie jest uniwersalnym narzędziem.

Musi być nakierowana specjalistycznie na poszczególne choroby i ich odmiany. Omówmy teraz, jak wygląda CBT w leczeniu zaburzeń limbicznych.

### FAZA 1 – Stabilizacja i zaangażowanie

- Postaraj się ustabilizować sytuację, używając normalizacji.

*Na przykład: „to normalne, co czujesz”; „znam wielu pacjentów z takimi objawami”; „dużo ludzi w takim stanie wspomina mi o takich objawach”; „to nie jest twoja wina, twój mózg i organizm są nieco rozregulowane”; „pomogę ci z tego wyjść”; „razem uda nam się znaleźć jakieś rozwiązanie”.*

- Zainicjuj zaangażowanie.

Ułóż harmonogram spotkań, wyjaśnij na czym polega terapia, przedstaw dowody naukowe na jej działanie.

- Ustal stopień współpracy.

Terapia nie zadziała, jeśli osoba nie będzie chciała się w nią angażować. Ustalenie pewnego rodzaju zasad współpracy może zwiększyć adherencję, zwłaszcza, jeśli cel ogólny terapii jest ustalony. Ciągłe zachęcanie ze strony terapeuty i pokazywanie wyników pracy są niezwykle ważne.

- Omów cel terapii i jej czas.

Najlepiej ustalić cel, który jest konkretny, osiągalny, łatwo go zmierzyć i przynosi praktyczną korzyść choremu. Na przykład „wrócenie do normy” jest dość mało specyficzne; lepszym celem będzie „zwiększę o 1 dzień ilość czasu, kiedy wychodzę do ludzi, dzięki czemu uda mi się pójść na przyjęcie urodzinowe koleżanki, na którym mi zależy. Osiągnę to w 8 tygodni, a może i szybciej; postępy będziemy oceniali co dwa tygodnie”.

### FAZA 2 – Edukacja i informacja

- Udziel informacji na temat zaburzeń.

Wytłumacz ich etiologię, jak powstają, jaki jest przebieg naturalny choroby, jakie systemy wsparcia są dostępne i jak działają (leki, terapia; poradnie problemów finansowych, mieszkaniowych, prawnych, pracowniczych, etc.).

- Zaopatrzyć chorego w materiały informacyjne.

Warto wysłać kilka linków do sprawdzonych informacji online czy przekazać ulotki tematyczne. Zaopatrzenie chorego w linie kryzysowe może być użyteczne w sytuacji współzachorowalności na zaburzenia podnoszące ryzyko samobójstw.

### FAZA 3 – Zarządzanie objawami

- Wytwórz struktury przetrwania.

Ustal z chorym, co należy zrobić w momencie

ataku paniki, jak angażować się w struktury wsparcia, co zrobić, jeśli wystąpią problemy i jak generalnie szukać pomocy w trudnościach życiowych. Metody rozwiązywania problemów bez ich imputowania omówione są wcześniej.

- Zademonstruj techniki relaksacyjne.

Istnieje kilka różnych metod relaksacji. Każda działa nieco inaczej i dlatego warto jest znaleźć najlepszą dla chorego. Do wyboru pozostają również podcasty, które prowadzą osobę spanikowaną przez odpowiednie fazy uspokojenia.

**Technika sterowania statkiem:** „Wyobraź sobie, że twój mózg to panel kontrolny, a ty jesteś w jego centrum. Spójrz na pokrętła, np. bicie serca i spróbuj powoli przewrócić je do normalności.”

**Technika mówienia do siebie:** „Mów do siebie: jestem spokojny, nic się nie dzieje, to tylko mój mózg próbuje wyrzucić mi katecholaminy, mam kontrolę; to mój mózg więc będę go kontrolował.”

**Technika wyłączania poszczególnych organów:** „Spróbuj usiąść, wyobrazić sobie, że kolejne organy wyłączają się i relaksują. Najpierw stopy, później łydki, kolana, powoli do góry, aż uspokajają się płuca i serce.”

Istnieje wiele innych technik relaksacyjnych.

- Wspomnij o wzajemnej inhibicji.

Stany paniki i relaksacji mają inne sygnały w mózgu, zatem ich współistnienie jest niemożliwe: jedno zwalcza drugie!

- Zapewnij, że początki są bardzo trudne.

Regulacja objawów i wykonywanie technik relaksacyjnych są bardzo skomplikowane i nie zawsze się udają, w szczególności na początku. Persewercja i dobra technika są kluczem do sukcesu.

### FAZA 4 – Wystawienie na strach

Ta faza polega głównie na technikach desensytyzacyjnych. Zaczyna się od stopniowego wprowadzania traumatycznych przeżyć, na przykład:

*Fobia: strach przed karaluchami*

Najpierw warto ustalić, jak duża stymulacja wywołuje fobię. Można wykonać eksperyment myślowy z karaluchem uprzejmie podany przez (Stringer et al., 2009). Co powoduje atak fobii?

- I. Patrzenie na obrazek karalucha.
- II. Patrzenie na słoik z martwym karaluchem.
- III. Trzymanie słoika z martwym karaluchem.
- IV. Trzymanie słoika z żywym karaluchem.
- V. Patrzenie na kogoś, kto trzyma martwego → żywego karalucha.
- VI. Widzenie martwego → żywego karalucha na podłodze.
- VII. Trzymanie martwego karalucha samemu.

### MYK KLINICZNY CHIRURG MOJEJ ŻONY



Partnerzy, rodzina przyjaciele są bardzo ważni i warto na nich polegać. Niemniej jednak, bardzo często występuje u nich poczucie winy za to, że ich bliski zachorował na zaburzenia limbiczne. Warto jest wtedy potwierdzić, że to nieprawda i podziękować za wsparcie.

Ilość wsparcia dobrze porównać jest do znanej choroby chirurgicznej, np. jeśli żona potrzebowałaby operacji nowotworu mózgu, to wspieranie w pójściu do szpitala, trzymanie za rękę przed zabiegiem czy obecność przy odbiorze skanu są niezwykle ważne.

Nikt nie powinien, jednak, winić Pana za to, że nie przeprowadził Pan operacji samemu. Taką sprawę lepiej zostawić profesjonalistom. Nawet chirurg mózgu nie operowałby własnej żony!

### MYK KLINICZNY AUTOWARSZTAT



Rozmowa o traumatycznych przeżyciach i ukrytych problemach może mieć dobry efekt desensytyzacyjny.

Przygotuj się jednak, aby dać pacjentowi odpowiednią ilość czasu i miejsca.

Jeśli rozłożysz samochód na części, aby dostać się do silnika i go naprawić, złóż go z powrotem choćby na tyle, aby pacjent mógł dojechać bezpiecznie do domu.

Wielu psychiatrów zostawia mózg pacjenta „na warsztacie”, przez co nie można go w pełni używać do następnej wizyty, która może być za parę tygodni!

## MYK NAUKOWY STRACH SIĘ BAĆ

Niektórzy pojmują strach jako coś, co jest obiektywnie weryfikowalne. Nic bardziej mylnego! Strach jest, podobnie do bólu, właściwy dla danego człowieka. Postaraj się zrozumieć to, jak bardzo wpływa on na życie chorego i w ten sposób wyprowadź jego właściwą powagę.



VIII. Bycie w pokoju pełnym żywych karaluchów  
IX. Bycie w pokoju pełnym żywych, wściekłych karaluchów-mutantów.

X. Bycie oblezionym przez gryzące, wściekłe karaluchy-mutanty.

Warto jest ustalić, który poziom powoduje duże ograniczenia jakości życia. Następnie można powoli wystawić chorego na działanie tego stymulanta. Patologiczna reakcja adaptacyjna to ucieczka, atak paniki, kompulsywne mycie rąk czy izolacja. W takim przypadku chory proszony jest o zaprzestanie niezdrowego działania (zmiana na osi: zachowanie) i porozmawianie o swoich emocjach – „*Jak się czujesz, gdy widzisz karalucha?*” (zmiana na osi: emocje) i procesach myślowych (zmiana na osi: myśli).

Zapewne każdy czytelnik będzie w stanie ustalić się gdzieś na poziomie tego spektrum. Najpewniej fobie powyżej VI. nie będą stwarzać większych problemów czy niepełnosprawności. Podnoszenie progu będzie, w takim przypadku, korzyścią czysto akademicką. Swoją drogą, przenoszenie żywego karalucha jest lepsze, bo jeśli rozgniecie się go na podłodze, uwalnia on miliony jaj, z których wyklują się nowe karaluchy (Stringer et al., 2009).

Spokojnych snów :)

### FAZA 5 – Restrukturyzacja kognitywna

Ta faza polega na zdecydowanej zmianie w sieciach mózgowych.

1. ZACHOWANIE - „*Czy myślisz, że następnym razem możesz po prostu zostać i nie uciekać? Czy następnym razem mógłbyś spróbować nie myć rąk od razu? Czy mógłbyś zacząć z izolacją i atakiem paniki?*” (odkładanie w czasie jest dobrą strategią; „*Zostaw sobie czas na martwienie się, np. za pół godziny, a teraz porób coś innego.*”)

2. EMOCJE - „*Czy uważasz, że mógłbyś nie czuć się źle (czy jest to w ogóle możliwe)? Wyobraź sobie, co by było, gdybyś mógł poczuć relaks, rozluźnienie mięśni czy brak kołatania serca po zobaczeniu obrazka z karaluchem.*”

3. MYŚLI - „*Czy myślisz, że mógłbyś pomyśleć o karaluchu jako o po prostu kolejnym insekcie? Czy mógłbyś traktować go jak muchę czy komara: uciążliwe stworzenie, ale nie takie straszne?*”

Zmiana w jednej z tych domen powoduje, po czasie, zmianę wszystkich. Warto jest skupić się na tej, która najłatwiej przychodzi pacjentowi.

### FAZA 6 – Strategie prewencji nawrotów

- Sprawdź, w jaki sposób można dokonać prewencji nawrotów, np. radzenie sobie w sytuacjach kryzysowych, sieci wsparcia.
- Przypomnij, co robić w sytuacjach proble-

matycznych, jak zarządzać objawami (techniki relaksacyjne).

- Ustal najsłabsze ogniwo - co mogłoby sprawić, że wrócą objawy i jak sobie z tym radzić? Jak temu przeciwdziałać?
- Auto-CBT: jak dokonać restrukturyzacji myśli, zachowań, emocji?
- Środki zewnętrzne: jak dobrze używać mediów takich jak książki, internet, audio? W co można się wyposażyć na co dzień (aplikacje na telefon, audiobooki; coś, co zawsze jest pod ręką, linki w zakładkach).

**ZADANIE DOMOWE:** po każdej sesji ustala się „zadanie domowe”, tj. to, co ma chory zrobić do następnej sesji. Może być to utrwalenie restrukturyzacji kognitywnej, monitoring (np. przez dziennik, który pokazuje ilość ataków paniki, ilość stresu, etc. lub wpisy z myślami).

**NASTĘPNA SESJA:** Kolejne spotkanie zaczyna się od przypomnienia poprzedniego i omówienia tego, gdzie znajdujemy się w progresji co do celu. Oczywiście, terapia CBT wymaga dużo praktyki. Istnieje wiele książek, kursów i szczegółowych podręczników, które omawiają tę kwestię w sposób bardziej wyczerpujący.

## LECZENIE MEDYCZNE

Kiedy terapia zachowawcza nie działa lub gdy z powodów logistycznych nie jest dostępna, warto rozważyć inne rozwiązania.

### FARMAKOTERAPIA

BENZODIAZEPINY to grupa leków stosowana jest zazwyczaj w bardzo krótkim okresie (do kilku dni), aby przeciwdziałać ostrym stanom lękowym. Na przykład: strach przed lotem, ważnym wydarzeniem czy nagły atak paniki na oddziale ratunkowym. W rzeczy samej, odnotowano pozytywną odpowiedź na tę grupę leków w atakach lękowych (vs. placebo), zwłaszcza w formie redukcji na skalach globalnych paniki -50%, N=720, [95% CI -87%, -13%] (Breilmann et al., 2019). Warto zaznaczyć, że benzodiazepiny nie powinny być stosowane w stopniu ciągłym. Nie chodzi tutaj już nawet o rzekome ich „uzależniające” działanie, wszak uzależnić się można od wszystkiego, ale o niezdrowe zachowania (patrz: tabela z przykładami adaptacji).

*Dlaczego benzodiazepiny są najgorszym lekiem w zaburzeniach lękowych? Bo znakomicie działają!*

Jeśli objawy zatrzymają się po wzięciu jednej tabletki, to dlaczego chory ma podjąć żmudną pracę tworzenia struktur przetrwania czy zdrowego przyzwyczajania się do wyzwań? Będzie sięgał po większe dawki, a to jest drogą bez końca. O ile strach przed jednorazowym lotem może być dość łatwo kontrolowany farmakologicznie – nie ma



tu wszakże miejsca i czasu na długotrwałą terapię – o tyle w przypadku częstego latania warto jest wypracować strukturę przetrwania, która nie wiąże się z potrzebą brania leków za każdym razem. Niektóre działania niepożądane benzodiazepin to: niemożność prowadzenia pojazdów, picia alkoholu i jedzenia grillowanych potraw (naprawdę!), podwójne widzenie, osłabienie mięśni, zaburzenia koncentracji czy zatrzymanie oddychania.

**SELEKTYWNE INHIBITORY WYCHWYTU SEROTONINY (SSRI)** to złoty standard leczenia zaburzeń limbicznych. Leki z tej grupy są najlepsze w fobii społecznej (zmniejszają objawy o 165% N=4970, [95% CI 1.48,1.85]) i pokonują znakomicie pozostałe farmakoterapeutyki w dłuższym okresie (Williams et al., 2017). Wybór odpowiedniego medykamentu może być dość kontrowersyjny. Kluczowe, istnieje dużo dowodów anegdotycznych o przewagach jednego preparatu nad drugim na „rozruszanie”, „sen”, „uzależnienia”, etc. Najpewniej działa to jako element sprzedaży dodatkowych zalet (placebo).

### ZIOŁOLECZNICTWO

**MEDYCZNA MARIHUANA** nie ma żadnych spójnych dowodów na działanie przeciwlękowe (Hoch et al., 2019). Jedyne dostępne studium stosowało miernik niepokoju przed wystąpieniem publicznym, w którym rzeczywście marihuana pomaga (Bergamaschi et al., 2011). Niemniej jednak, w badaniu wystąpiło szereg nieścisłości i błędów metodologicznych. Na przykład, grupie kontrolnej w ogóle nie podano leku (brak placebo). Niektóre studia pokazują pozytywne wyniki w leczeniu przewlekłego bólu. Ale sam ból nie jest uczciwym odzwierciedleniem zaburzeń lękowych (Whiting et al., 2015).

**MĘCZENNICA** (rodzaj *Passiflora*) ma porównywalne wyniki leczenia z benzodiazepinami (Miyasaka et al., 2007). Nie ma jednak badań na długotrwałym jej stosowaniu vs. SSRI.

**WALERIAN** (kozłek lekarski) podobny jest w działaniu do diazepamu. Nie ma niestety porównania z SSRI (Andreatini et al., 2002) (Ryc.9).

**KAVA KAVA** (pieprz metysynowy) jest lepsza niż placebo, ale nie ma dowodów na jej długotrwałe działanie i bezpieczeństwo, zwłaszcza w świetle dowodów na marskość wątroby (Pittler and Ernst, 2003). Od sierpnia 2018r. posiadanie rośliny jest z powrotem legalne w Polsce.

**GŁÓG** (*Crataegus*) razem z magnezem i *Eschscholtzia californica* był bardziej efektywny niż placebo w zaburzeniach lękowych (Hanus, et al. 2014), ale badanie było sponsorowane przez firmę produkującą ekstrakt. Jest trochę dowodów na skuteczność głogu u myszy (Can et al., 2010; Popovic-Milenkovic et al., 2014).

**MELISA** (*Melissa officinalis*) jest efektywnym anksjolitykiem w dawce 300-600mg na dzień (vs. placebo). Nie ma dowodów na działanie długotrwałe czy lepsze od SSRI (Shakeri et al., 2016).

**DZIURAWIEC ZWYCZAJNY** (*Hypericum perforatum*) jest używany jako efektywny lek (vs. placebo) w GAD, OCD czy fobii społecznej (Can et al., 2009; Zirak et al., 2019). Niestety, brakuje danych z większą ilością partycypantów czy badań ścierających dziurawca z SSRI w dłuższym terminie (krótkoterminowe w depresji pokazują podobną skuteczność (Ng et al., 2017)). Warto jest zwrócić uwagę na toksyczność wątrobową leku i jego wpływ na zmiany histopatologiczne w nerkach (Russo et al., 2014). Dziurawiec reaguje też z m.in.: wieloma preparatami przeciwbólowymi, statynami czy antybiotykami.

### LEKI ATYPOWE I ODNAWIALNE

**AGOMELATYNA** zazwyczaj stosowana jest jako atypowy antydepresant, ale pierwsze badania w zaburzeniach lękowych pokazały obiecujące redukcje na instrumentach pomiarowych. W studium leku vs. placebo, zauważono różnice, które były zależne od podanej dawki (25mg najlepsze) (Stein et al., 2017)

**HYDROKSYZYNA**, choć ma działanie anksjolityczne, nie powinna być stosowana jako lek pierwszego rzutu. Nie ma odpowiednich dowodów na to, że jest efektywna bądź chociażby porównywalna z standardową farmakoterapią.

**KWETIAPINA** jest dobrą opcją mono-terapeutyczną i ma podobną do antydepresantów skuteczność leczniczą w GAD. Przed przepisaniem jej, warto jest pomyśleć o efektach ubocznych, które są bardziej uciążliwe niż SSRI, np. zwiększenie wagi, otyłość (Depping et al., 2010). Możliwe, że ze względu na działanie sedacyjne, warto jest sięgnąć po nią w dawkach nocnych, na lepszy sen (Pignon et al., 2017).

**RYSPERYDON** jest antypsychotykiem, który okazuje się skuteczny w leczeniu OCD (Pignon et al., 2017). Być może przez to, że OCD pojawia się w pierwotnym zaburzeniu psychiatrycznym (PPD), a rysperydon działa właśnie na nie. Wszak 11-20% chorych na PPD, których leczy się olanzapiną (innym antypsychotykiem), wytwarza zaburzenia OCD (Depping et al., 2010).

**INNE PREPARATY:** Niedziałające leki, które ze względu na „doświadczenia życia codziennego” utrzymują się w praktyce klinicznej to: antykonwulsanty GABA, beta-blokery, levitracetam i NaSSAs/NRIAs. Istnieje trochę dowodów na inhibitory MAO, ale efekty uboczne są doprawdy nieznosne (Williams et al., 2017).

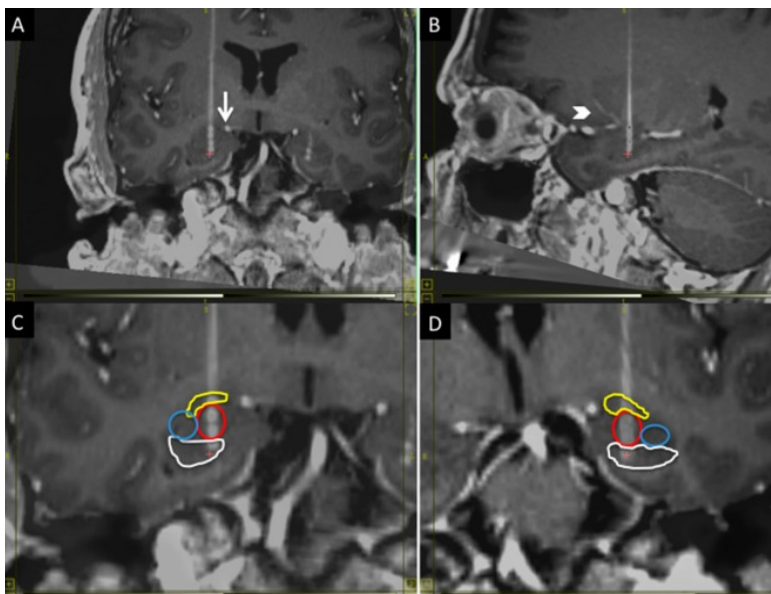
### MYK KLINICZNY ZAMARTWIĆ SIĘ NA ŚMIERĆ?

W literaturze występuje kilka opisów poważnych (nierzadko śmiertelnych) schorzeń, które mogą być wywołane ciężkim stresem. Może to być, np. zespół podniecone-go delirium, katatonia złośliwa czy kardiomiopatia takotsubo (potocznie zwana chorobą piękniężki serca). Dla zdrowego człowieka nie stanowią dużego zagrożenia dla życia, ale już obciążeni chorobą narkotykową lub sercowo-naczyniową mogą doznać poważnego uszczerbku (Nielsen et al., 2018).



### ↑ RYCINA 9

Wybrane rośliny w ziołolecznictwie. Od góry: Męcenica, Valerian (Kozłek Lekarski), Kava (pieprz metysynowy). Fotografie uprzejmie dostarczone przez WikiMedia.



#### ← SEKWENCJE MR MÓZGU

Operacja głębokiej stymulacji mózgu (DBS) w leczeniu PTSD choroby polega na wprowadzeniu elektrody do ciała migdałowatego. Umieszczenie urządzenia pokazane jest na postoperacyjnych sekwencjach rezonansu magnetycznego (plansze A-D) (Langevin et al., 2016). Reprodukowano z uprzejmą zgodą MDPI.

- na, kwetiapina, fenelazylna,
2. GAD - kwetiapina, agomelatyna, rysperydon, olanzapina,
3. Fobie społeczne - mitrazapina, gabapentyna, pregabalyna.

## LECZENIE CHIRURGICZNE

Neurochirurgia czynnościowa zaburzeń limbicznych jest jeszcze w powijakach, ale zademonstrowano kilka udanych przypadków głębokiej stymulacji mózgu w tych chorobach (Lozano et al., 2019) (zob. Ryc. 14 i panel u góry). Być może skierowanie neurochirurgiczne będzie kiedyś częścią leczenia opornolekowego.

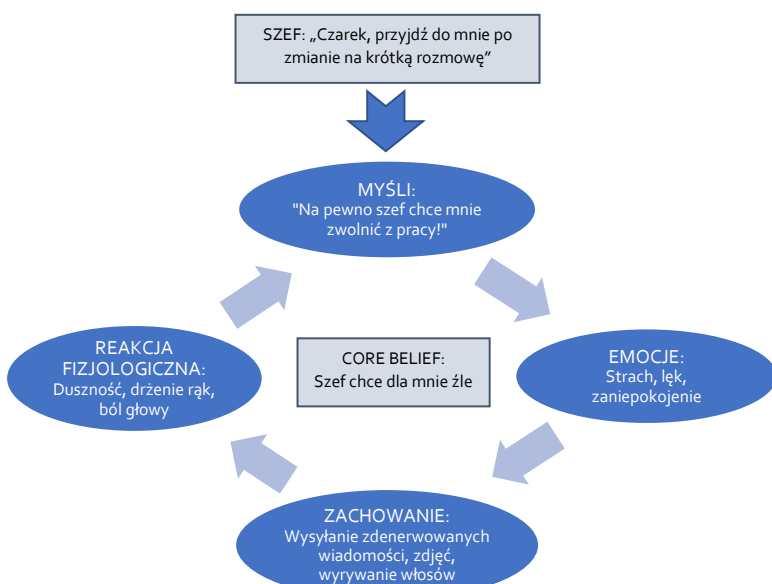
## PROGNOZA

Rzut oka na ilość możliwych objawów pokazuje, dlaczego chorzy skarżą się na dolegliwości w prawie każdym układzie organizmu człowieka. Ponadto, zaburzenia limbiczne zwiększają ryzyko próby samobójczej. Po wykluczeniu różnorodnych czynników psychospołecznych OR wynosi +364%, [95% CI 170%, 783%] (Sareen et al., 2005). Na szczęście, nie ma różnicy w śmiertelności tych prób między osobami z zaburzeniami lękowymi a tymi bez dysfunkcji układu limbicznego (Abreu et al., 2018; Bentley et al., 2016). Niemniej jednak, wyjście z chorób lękowych jest wyjątkowo trudne. Zaburzenia limbiczne oporne na leczenie stanowią ok. 40% przypadków (Bystritsky, 2006). Nawet na najlepsze terapie psychologiczne odpowiada tylko połowa pacjentów z GAD (Hunot et al., 2007). Jak polepszyć te statystyki? Istnieje trochę dowodów anegdotycznych, że **wczesna interwencja w leczeniu fobii jest kluczowa**, albowiem może skrócić je o kilka lat (Stringer et al., 2009). Miałoby to sens z powodu na utrwalanie się *core beliefs* w strukturach sieci kognitywno-behawioralnych. Autorzy podręcznika nie mogli jednak potwierdzić tego postulatu w dowodach standaryzowanych badań klinicznych.

## WYCOFANIE LEKÓW

Po zakończeniu leczenia, można rozważyć wycofanie leków z grupy SSRI. Jeśli kuracja trwała do 8 tygodni >> wycofuj przez 2 tygodnie, powyżej 8 tygodni >> wycofuj przez 8 tygodni.

Objawy wycofania w większości przypominają grypę: trzęsienie ciała, bóle mięśni, głowy, nudności. SSRI mogą dodatkowo powodować uczucia szoku elektrycznego. Objawy zaczynają się w ciągu 5 dni od wycofania leków i mogą trwać do sześciu tygodni.



### RYCINA 10

Przykładowy schemat perpetuowania szlaków kognitywno-behawioralnych w paradygmacie CBT.

## OPORNOŚĆ LEKOWA

Jeśli chory dalej nie uzyskuje oczekiwanego efektu przy stosowaniu najlepszej farmakoterapii (SSRI), można rozważyć następujące interwencje Bandelow et al., 2017):

### FAZA I - Zmień preparat na inny standardowy

1. Zmień SSRI na inny SSRI,
2. Zmień z SSRI na SNRI (lub vice versa),
3. Zmień na antydepresant trójpierścieniowy,
4. Zmień na pregabalynę (tylko w GAD)

### FAZA II - Zmień preparat niestandardowy

Zmień lek na taki, który ma licencję na inny rodzaj zaburzenia limbicznego.

1. Spróbuj moclobemidu, opipramolu lub hydroksyzyny. Spróbuj benzodiazepiny (uwaga na konsekwencje kliniczne!).

### FAZA III - Zmień na preparat nieaprobowany (ale efektywny w badaniach RCT)

1. Paroksyzmowe zaburzenia paniki - mitrazapi-



# POMOC MEDYCZNA PRZY PIERWSZYM ATAKU PANIKI

## NA POSTERUNKU POLICJI

### Psychiatria Kryzysowa

Dawid przeżywa ostrą reakcję na stres. Nie sposób ustalić, czy żyje od dłuższego czasu z GAD (z powodu na lęk przed sektą), czy ma ataki paniki i czy wywoła się u niego chroniczne PTSD. Dawid może być też ważnym świadkiem w sprawie. Aby zebrać dłuższy wywiad, należy najpierw poradzić sobie ze stanem nagłym. Czy uda ci się uspokoić go i odkryć sprawcę morderstwa?

#### AIRWAY

- Sprawdź obstrukcję dróg oddechowych (ciała obce, wymioty, obstrukcyjne zapalenie dróg oddechowych jak *laryngotracheobronchitis* czy *epiglottitis*).
- Lecz natychmiastowo według wytycznych laryngologicznych. Pamiętaj, aby ssakiem usunąć jedynie to, co widzisz. Szybkie wezwanie pomocy anaestezjologicznej jest niezbędne, jeśli zajdzie potrzeba intubacji.

#### BREATHING

- Sprawdź oddychanie: saturacje tlenem (SaO<sub>2</sub>), częstotliwość oddychania, osłuchaj płuca.
- W przypadku ataku astmy, lecz według wytycznych pulmonologicznych (salbutamol przez inhalator może pomóc we wstępnym uśmierzeniu ataku).

#### CIRCULATION

- Sprawdź plus i jego charakter (regularny, nieregularny), wykonaj EKG (jeśli potrzeba, taśmę 24 godzinną), ciśnienie krwi, czas nawrotu żylnego, osłuchaj serce, sprawdź znaki *endocarditis*; anaemii na paznokciach, oczach, kolorze skóry.
- Pobierz krew do badań.
- Jeśli potrzeba, ustal dostęp żylny.

Rozpoznanie różnicowe:

- Arytmia (EKG) (Ryc. 12,13).
- Choroba zastawek, np. stenoza zastawki aortalnej (osłuchanie, względnie echokardiogram).
- Niewydolność płucna, niewydolność serca (objawy kliniczne, echokardiogram).
- Anaemia (morfologia krwi: Hb, MCV).

#### DISABILITY

- Sprawdź orientację pacjenta, odruch źreniczny.
- Jeśli trzeba wykonaj pełne badanie neurologiczne (modalia ruchowe, czuciowe, propriocepcja, odruchy, ton, nerwy czaszkowe).

Rozpoznanie różnicowe:

- Choroba alkoholowa (badania → AST/ALT, ALP, gamma-GT, morfologia krwi [zwiększone MCV]).
- Intoksykacja: marihuaną, amfetaminami (w tym kofeina) (badania → toksykologia).
- Endokrynologia: nadczynność tarczycy, nadczynność przytarczyc, guz chromochłonny (badania → warto zacząć od TSH, FT<sub>4</sub>, wapń).
- Neurologia: migrena, zmiany histopatologiczne okupujące miejsce, epilepsja, encefalopatia, psychoza (bardzo rzadkie).

#### EXPOSURE

- Szukaj ran, urazów, krwawienia (atak paniki może być odpowiedzią na wypadek lub nagłą

#### MYK KLINICZNY DO TRZECH RAZY SZTUKA

W podręczniku tym już trzeci raz autorzy uprzejmie dopominają się o niezwiązywanie pacjentów awanturujących się. Zwiększa to śmiertelność. Naprawdę.

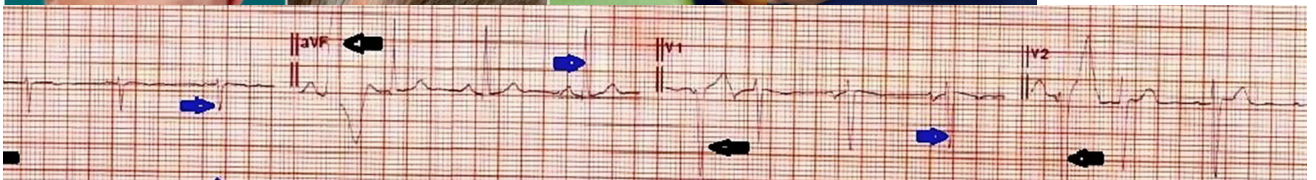
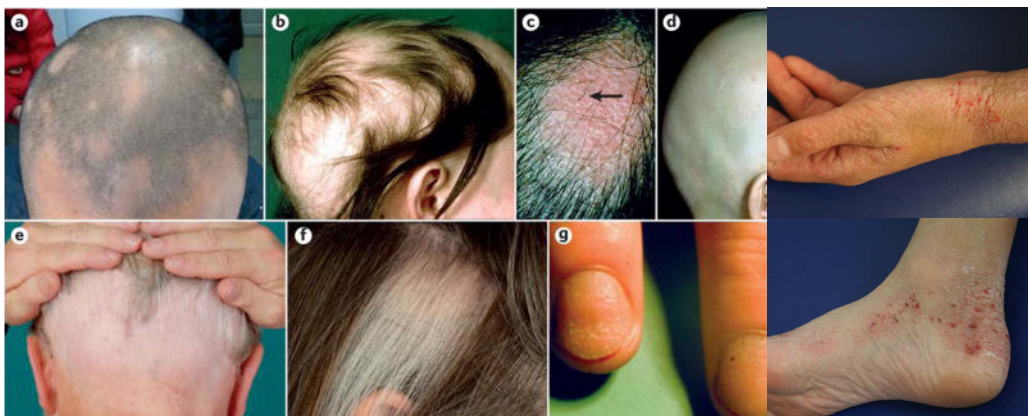
#### RYCINA 11

Istnieje wiele systemowych manifestacji zaburzeń odpowiadzi na stres. Czasami to właśnie one pojawiają się jako pierwotna przyczyna przyjęcia. Na przykład, *Alopecia areata* (A) z ograniczonym zasięgiem na głowie, (B) ze znacznym zasięgiem na głowie (>50%), (C) aktywny placek, z "włosami wykrzyknikowymi", pokazywanymi przez strzałkę i czerwonocia skóry, (D) całkowite objęcie *Alopecia universalis*, (E) jeden z wzorów rozwoju na głowie, (F) zachowanie siwych włosów w przebiegu choroby, (G) objaw naparstka i poziome paski (trachyonychia) (Pratt et al., 2017). Reprodukowano z uprzejmą zgodą Springer Nature.

Ostatnie od lewej w pierwszym i drugim rzędzie to dwie fotografie dermatitis, które może być wywołane przez kompulsywne mycie (Watson i Kapur, 2011). Reprodukowano z uprzejmą zgodą BMC.

#### RYCINA 12 ↓

Zmiany na elektrokardiogramie (EKG) spowodowane atakiem paniki. Czarna strzałka pokazuje przedwczesny skurcz komorowy, który poprzedza trzy uderzenia zatokowe. Niebieska strzałka pokazuje trzeci (ostatni) normalny rytm zatokowy. Zmiany występują we wszystkich przewodach. Leczenie tej arytmii jest zachowawcze (Elsayed, 2018).







RYCINA 13 ↑

Najczęstsze zmiany na elektrokardiogramie (EKG) spowodowane atakiem paniki to tachykardia zatokowa (tu: rytm 150 uderzeń na minutę). Leczenie odbywa się metodą zachowawczą. EKG dostarczone uprzejmie przez WikiMedia.

#### MYK KLINICZNY DRASTYCZNY KONIEC

Uporczywe negowanie ataków paniki zdarza się zwłaszcza wśród osób, które jawnie kwestionują zasadność chorób mózgu (w tym lekarzy!). Niestety, uczieczka w alkohol czy intensywne ćwiczenia nie pomagają. Prędzej czy później trzeba będzie się z tym zmierzyć, a przyznanie się nie jest takie łatwe...

#### MYK KLINICZNY POWER NAPS!

Energiczne drzemki mogą być dobrą metodą na szybki reset organizmu. Jak je przygotować? Nastaw budzik na 20 minut (nie więcej, potem zaczniesz się głęboki sen!) i wypij kawę szybko (np. szot espresso). Następnie połóż się spać i wstań zaraz po zadzwonieniu alarmu. Ale zaraz... kawa i sen? A jednak: odpoczynek wypłucze twoje receptory z adenozyiny, a kofeina akurat wskoczy na swoje miejsce w mózgu, aby dać Ci kopa na dalsze działanie. Nawet, jeśli nie możesz zasnąć tak szybko, samo leżenie i odpoczywanie da ci korzyści (Reyner i Horne, 1997; Hayashi et al., 2003).

utrata krwi) lub objawów choroby podstawowej układu limbicznego (Ryc. 11).

- Zmierz temperaturę (ataki paniki mogą być spowodowane gorączką).
- Sprawdź, czy występują ślady próby samobójczej. Jeśli tak, zainicjuj plan pierwszej pomocy dla ofiary próby.

#### TERAPIA ZACHOWAWCZA

- Wyjaśnij, że objawy, jakie przeżywa chory są wynikiem ataku paniki i że niedługo odejdą. Nie są niebezpieczne.
- Większość ataków powinna zakończyć się w ciągu kilku, kilkunastu minut. Niektóre trwają do pół godziny.
- Nie próbuj rozkojarzyć pacjenta. Nie szukaj alternatywnych tematów. Zachęcaj chorego do robienia tego, co normalnie by robił. Najlepiej, jeśli pozostanie w tym samym miejscu dopóki atak się nie skończy.
- „Zmierz się ze swoim strachem. Zobacz, jak wyglądają objawy twojego ataku paniki. Daj sobie szansę zobaczenia, że wszystko będzie OK. Za niedługo poczujesz się lepiej.”
- W miarę ustępowania objawów, zwróć uwagę na skuteczne strategie i potwierdzaj u chorego to, że nic złego się nie stało.

#### FARMAKOTERAPIA

Powinna stanowić ostateczność w pierwszej pomocy. Jeśli jednak objawy nie ustają, a osoba spanikowana nie jest w stanie uzyskać regulacji systemowej, można podać benzodiazepiny. Warto zauważyć, że używanie leków do uspokojenia ataku paniki może wywołać w chorym wrażenie, że jest to jedyna możliwość, tj. „U mnie było to tak poważne, że inaczej już się nie dało... próbo-

wali tych swoich sztuczek, ale musieli mi dać silne psychotropy aby cokolwiek zadziało!”. Jest to patologiczna i niekorzystna sytuacja, podobna do „dumy” i autoweryfikacji pacjentów z brania „silniejszych” leków przeciwbólowych (np. ketonal vs. ibuprofen). Wynika ona najczęściej z braku wiary w leczenie zachowawcze, jak również z uczucia bycia lekceważonym przez profesjonalistów służby zdrowia.

#### HIGIENA SNU

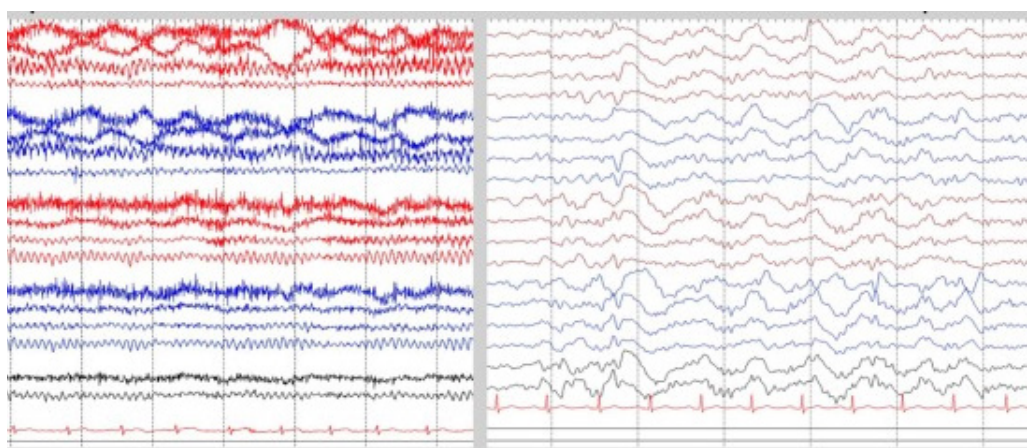
Zaburzenia snu i zmęczenia są bardzo często dominującym elementem chorób limbicznych. Przywrócenie odpowiedniej higieny snu może znacznie poprawić samopoczucie i zdolności pracy chorego. Wspomniany wcześniej kortyzol („hormon stresu”) wydziela się zazwyczaj o stałych godzinach w organizmie człowieka. Regularne chodzenie spać i budzenie się o tej samej godzinie pomogą zsynchronizować ten „biologiczny zegar”. Oczywiście, godziny te będą różne dla wielu ludzi. Nie każdy ma też komfort zasypiania / wstawania o tej samej godzinie ze względu na pracę zawodową. Najważniejsze jest to, aby ustalić jakąś stałą godzinę i trzymać się jej do czasu wyleczenia objawów. Większość ludzi potrzebuje od 6 do 9 godzin snu codziennie. Niestety, „odsypianie”, tj. dłuższe spanie na weekendy, aby kompensować deficyt snu w tygodniu, jest nieskuteczne i nierzadko powoduje pogorszenie objawów.

Sen nie powinien być też miejscem na rozładowanie emocji i nerwów z poprzedniego dnia. Niezwykle ważne jest przygotowanie się do zaśnięcia poprzez relaksację: tu przydatne są stare, dobrze znane sposoby:

- Ciepła kąpiel, wypicie czegoś ciepłego, np. herbatka z melisą; mleko, ubranie się w wygodne odzienie (np. puchaty szlafroczek),
- Napisanie listy czynności, jakie trzeba zrobić ju-

RYCINA 14 ↓

Elektroencefalogram u chorego na PTSD przed operacją (po lewej) i po operacji (po prawej), z widocznymi różnicami w stresie i napięciu. Operacja głębokiej stymulacji mózgu (DBS) w leczeniu tej choroby polega na wprowadzeniu elektrody do ciała migdałowatego. Umieszczenie urządzenia pokazane jest na postoperacyjnych sekwencjach rezonansu magnetycznego (plansze A-D, sąsiednia strona) Langevin et al., 2016). Reprodukowano z uprzejmą zgodą MDPI.



tro (to odłóż myślenie o nich przed snem),

- Odciążenie umysłu z niepotrzebnych myśli na jutro (dopisanie do listy, jeśli trzeba),

- Lekkie ćwiczenia oddychania i relaksacji (np. rozciąganie, lekka yoga),

- Brak aktywnych ćwiczeń fizycznych przed samym snem,

- Relaksacyjna muzyka, podcast lub audiobook,

- Czytanie książki, słuchanie radia,

Przygotowanie optymalnego środowiska na sen jest również bardzo ważne. Sypialnia zasadniczo służyć powinna jedynie do snu. Polegiwanie w łóżku przez cały dzień czy używanie go do pracy, nauki lub relaksacji to prosty sposób na problemy z zasypianiem. W szczególności warto zadbać o:

- Utrzymanie sypialni w lekko chłodnej temperaturze (18-24oC),

- Przewietrzenie sypialni przed snem,

- Zabezpieczenie przez zanieczyszczeniem światłym i dźwiękowym (zasłony, zatyczki do uszu, lepsze okna).

## 10 SPOSOBÓW NA OKROPNY SEN:

1. Utrzymuj nieregularne godziny snu – nie masz przecież czasu na to, żeby się wyspać. Zostajesz do późna, bo przecież nie skończyłaś pracy, a jeszcze te obowiązki domowe... a rano trzeba wstać na autobus. No trudno, wyśpij się podczas jazdy.

2. Ucinaj sobie drzemki – brak snu z pewnością możesz sobie „odespać”: na lekcji matematyki, po południu, po obiedzie, po odrobieniu lekcji i na weekend. W końcu to się jakoś tam doda!

3. Przesiaduj w sypialni cały dzień – siedź pod kołderką z książkami; najlepiej w ogóle nie wychodź z pokoju! Podkręć kaloryfer, żeby było gorąco i nie otwieraj okna.

4. Śpij na niewygodnym materacu i w brudnych, spoconych ubraniach. Nie masz przecież czasu na zmianę tego wszystkiego, a nawet Ci się nie chce... przecież cały czas jesteś zmęczony.

5. Nie miej żadnej aktywności fizycznej. Nie masz przecież czasu na sport, jesteś zabiegana cały dzień i ciągle dokucza Ci zmęczenie...

6. Pij kawę, jest ona twoją najlepszą przyjaciółką! Pij, żeby się rozbudzić z rana, pij, żeby nie zasnąć na lekcji, pij, żeby wytrzymać do końca zajęć, pij w pracy i wieczorem, żeby jakoś utrzymać się przy życiu podczas odrabiania zadania domowego. Najważniejszy jest okres 4 godzin przed snem! Tutaj daj sobie popalić, w końcu nie chcesz normalnie zasnąć. Jeśli kawa nie działa, to są jeszcze napoje kofeinowe, cukry, herbaty rozbudzające, papierosy i pochodne amfetaminy! Oczywiście,

jestes potem rozbudzona, więc trzeba sobie wciągnąć kilka tabletek nasennych lub wypić alkohol, aby uspokoić mózg.

7. Grzej się ile wlezie przed pójściem spać. Rozpamiętuj błędy, myśl, czego jeszcze nie zrobiłeś, ekscytuj się następnym dniem.

8. Nie możesz zasnąć? Próbuj dalej! Leż w łóżku aż nie zaśniesz! Nie przechadzaj się, nie zmieniaj środowiska, nie próbuj wyjść z pokoju. Leż, leż i jeszcze raz leż!

9. Otocz się ekranami. Są one naprawdę świetne! Zasypiaj i budź się z nimi. Oglądaj filmy, przewijaj platformy społecznościowe, wciągaj kolejne sezony serialu. Przecież tyle ciekawych rzeczy tam jest... a spanie jest nudne, w końcu odłożenie telefonu na 30 minut to zbrodnia najgorszego autoramentu.

10. Ignoruj wszystkie porady na temat snu. Przecież ty właśnie śpisz za dużo... jesteś w końcu ciągle zmęczona w ciągu dnia. To na pewno nie chodzi o to! Ach, czytanie tego mnie zmęczyło... gdzie jest mój monsterek?



### MYK KLINICZNY OTYŁOŚĆ A SEN

Wiele osób nie wysypia się, ponieważ tłuszcz wokół dróg oddychowych uniemożliwia im normalny sen. Badania polisomnografii mogą pokazać, czy chory cierpi również na bezdech senny.

## PYTANIA SPRAWDZAJĄCE

### ZAGADNIENIA KLINICZNE

1. Udziel pierwszej pomocy osobie z atakiem paniki, przyjętej na SOR.
2. Zbierz wywiad i dokonaj rozpoznania różnicowego fobii u pacjenta.
3. Zaordynuj odpowiednie leczenie u chorego na zaburzenie lękowe.
4. Przedstaw i omów oparte na dowodach metody leczenia fobii i GAD.

### ZAGADNIENIA OTWARTE

1. Wy tłumacz ordynatorowi, dlaczego związywanie pacjentów powoduje u nich niewytumaczalny zgon.
2. Przedstaw teorie etiologiczne zaburzeń lękowych: ewolucyjną, genetyczną, psychospołeczną, biochemiczną, gastrologiczną.
3. Wymień i omów główne zaburzenia konektomiczne mózgu w zab. lękowych
4. Scharakteryzuj główne metody podejmowania decyzji. Podaj przykłady chorób, w których są zaburzone i substancje, które na nie wpływają.
5. Jakie są objawy systemowe zab. lękowych? Jaka jest ich patogenezą?
6. Wymień i krótko scharakteryzuj fazy terapii CBT w zab. lękowych.

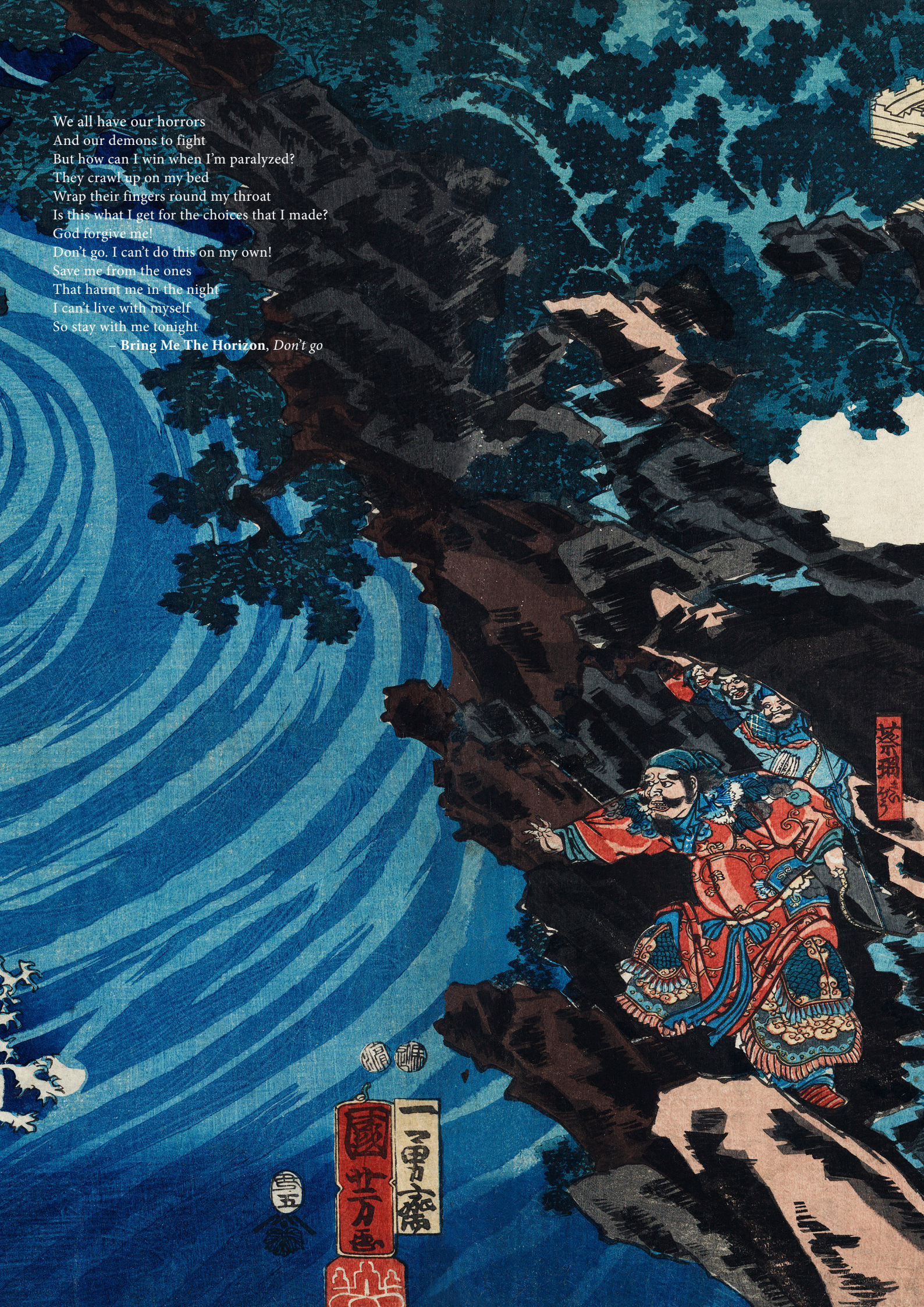
### ZAGADNIENIA ZAMKNIĘTE

- |   |  |   |
|---|--|---|
| 1. Co jest największą barierą dostępu do systemu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce?   | 4. Na które z podanych leków nie ma dowodów w leczeniu zaburzeń lękowych?  | ODPOWIEDZI:<br>1. C - aksjologiczna; patrz badanie EZOP.<br>2. B - SSRI działa głównie tu.<br>3. A - razem z <i>B. bifidum</i> .<br>4. E - reszta ma różne, ale zawsze statystycznie istotne zastosowanie, choćby w stanach nagłych lub jako adiunkt.<br>5. CBT jest jedyną terapią, na którą są dowody (względnie desensytyzacyjna)<br>6. A - zmiany na osiach: zachowanie, myśli, emocje. Wspólna relaksacja, medytacja i kontemplacja nie dostarczą skuteczności. CBT jest z definicji doraźne, więc eksploracja przyczyn problemu i jego przeżywanie są nie zgodne z jej paradygmatem i niepotrzebne do osiągnięcia wyniku. |
| A. Koszt leczenia.<br>B. Dostępność lekarzy.<br>C. Podejście społeczeństwa.<br>D. Skuteczność leków<br>E. Biurokracja NFZ.  | A. Benzodiazepiny.<br>B. Kwatepina.<br>C. Dziurawiec ( <i>H. perforatum</i> ).<br>D. SSRI.<br>E. Beta-blokery.   |   |
| 2. Które sieci konektomiczne są głównie zmieniane przez SSRI?   | 5. Które z poniższych terapii działa lepiej od placebo w GAD?  |   |
| A. Sieć hipokampu.<br>B. Sieci pnia mózgu, HPA.<br>C. Sieci kory wyspy - płuc.<br>D. Sieci emocjonalnych.<br>E. Sieci tarczycowych.   | A. Kognitywno-behawioralna.<br>B. Psychoanalizyczna.<br>C. Wsparcia i relaksacji.<br>D. Psychodynamiczna.<br>E. Wsparcia grupowego.                      |   |
| 3. Które bakterie odpowiadają za patomikrobiotom w GAD?   | 6. Które z poniższych jest zalecane w terapii CBT zab. lęk.?   |   |
| A. <i>Lactobacillus acidophilus</i> .<br>B. <i>Escherichia coli</i> .<br>C. <i>Streptococcus pneumoniae</i> .<br>D. <i>Mycobacterium tuberculosis</i> .<br>E. <i>Clostridium jejuni</i> . | A. Restrukturyzacja kognitywna.<br>B. Wspólna relaksacja.<br>C. Ponowne przeżywanie stresu.<br>D. Rozmowa o przyczynach.<br>E. Medytacja i kontemplacja. |   |



We all have our horrors  
And our demons to fight  
But how can I win when I'm paralyzed?  
They crawl up on my bed  
Wrap their fingers round my throat  
Is this what I get for the choices that I made?  
God forgive me!  
Don't go. I can't do this on my own!  
Save me from the ones  
That haunt me in the night  
I can't live with myself  
So stay with me tonight

— **Bring Me The Horizon**, *Don't go*







← Stanisław Lem "Szpital przemienienia" (okładka audiobooka). Powieść pokazuje dzieje młodego lekarza psychiatry w zakładzie dla chorych nerwowo podczas II Wojny Światowej. Główny bohater, Stefan, najbardziej upodobał sobie Sekułowskiego; poetę-psychotyka, który przez swoją twórczość doprowadza lekarza do przemyśleń nad konstruktami epistemologicznymi, filozoficznymi i solipsystycznymi.

ROZSTAWALI SIĘ ZADOWOLENI Z SIEBIĘ.  
CHOĆ STEFANA DRAŻNIŁO, ŻE POETA TAK DOSKONAŁE CZUJE SIĘ  
ZE SWOJĄ KONCEPCJĄ OTCHŁANI UPIORÓW, NA KTÓRĄ JEST SKAZANY,  
A SEKUŁOWSKI TRAKTOWAŁ GO TYLKO JAKO PARTNERA DO SPARINGU,  
UWAŻAJĄC, ŻE JEGO UMYŚL JEST ABSOLUTNYM MIERNIKIEM WSZECHRZECZY.

Lektura stanowi nie tylko znakomity dokument historyczny pierwszoosobowych relacji medycyny psychiatrycznej w Polsce, ale i dostarcza olbrzymiej ilości przemyśleń nad etyką lekarską, zachowaniem wobec dylematów zawodowych i tego, czego możemy się sami nauczyć od naszych pacjentów...

NO WIDZISZ. TERAPIA - TO NIE ŻADNA SZTUKA!  
DO CZTERDZIESTU LAT WARIAT TO DEMENTIA PRAECOX:  
ZIMNENE KĄPIELE, BROM I SKOPOLAMINA!

ZOSTAWIONE KUBKI Z KAWĄ NIE WRÓŻYŁY NICZEGO DOBREGO. Zbliżała się bowiem godzina 22, a temperatura i ustawienie naczyń były charakterystyczne do niedbale postawionego serwisu porannej odprawy. Zaśmiałem się trochę z siebie; z forenzykologicznym rytmem próbowałem ustalić godzinę zgonu lekarskiego świętego spokoju.

Pomieszczenie odprawy paediatrici było idealnie reprezentatywnym przykładem NHS-owej zabudowy. W klaustrofobicznym trochę pokoju, gnieździło się kilkanaście krzeseł, skupionych wokół stolika telewizyjnego. Miało się tam za chwile zaroić od lekarzy zmieniających się na następne 13 godzin. Na blatach stołów przytwierdzonych do ściany, widniały kolejne tabuny papierów i nieodkurzonych od stuleci terminali komputerowych. Kilka zabieganych lekarek weszło do środka i przywitało się ze mną.

Za chwilę zjawiała się też Katie, moja registrarzka, która wręczyła mi bleep.

– Mam już swój. Nie za dużo tego? – popatrzyłem na nią ze zdziwieniem.

– Może chcesz więcej? – zaśmiała się, pokazując pięć dodatkowych bleepów przytwierdzonych do jej scrubsów. Pragnę nadmienić, że teoretycznie powinna mieć tylko jeden.

– Pozostali konsultanci nie przyjdą, są zajęci na SORze – lekarka weszła do środka i wzięła do ust kubek z zimną kawą. Ktoś wetknął mi trzystronicową listę pacjentów, którymi miałem się zajmować.

– Mamy dzisiaj prawdziwy natłok spraw, więc spróbujmy to zrobić efektywnie. Max i Katie będą zajmować się SORem, przyjęciami dzieci z nocnej

opieki lekarskiej, oddziałem dziecięcym i neonatologiczną intensywną terapią. My zajmiemy się resztą pacjentów.

– A kto idzie na porodówkę? – zapytałem z uśmiechem przyjmując wręczony mi już trzeci bleep. Konsultantka spojrzała na mnie.

– Masz jeszcze czas, żeby opuścić ten dom wariatów, wiesz o tym?

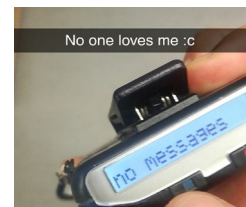
– Jak mnie wypuszczą, to ludzie się zorientują, że to ja jestem ten nienormalny – nieczekając na odpowiedź puściłem się w bieg za resztą drużyny na SOR, gdzie czekało już kilku nieszczęśników w zatoczkach. Resuscytacyjna część miała tylko trzy miejsca, a każde było i tak już wypełnione.

– Nie mamy żadnych łóżek w szpitalu. Pacjenci dorośli już czekają na korytarzu; robimy co możemy, żeby ich jakoś zaakomodować. Starajcie się radzić sobie z tym, co mamy... obdzwoniłam okoliczne szpitale i też są pełne; mamy jedno łóżko intensywnej terapii 45 minut stąd. Używajcie go z rozwagą i pamiętajcie, że za pół godziny może go już tam nie być – sprawozdanie konsultantki przerwała pielęgniarka z pytaniem o dawkę antybiotyku. Ja nie słuchałem już dalej i wziąłem się do pracy.

– Pierwszy na liście niemowlak, 6 tygodni, potrzebuje screeningu sepsy, dasz radę zrobić punkcję łądźwiową? – przytaknąłem – Ja się zajmę tym z astmą obok no i... jeszcze musimy ogarnąć tę matkę z góry... coś słyszałam o komplikacjach sercowych i innych. – Spojrzałem na listę. Zaznaczona nakreślaczem pacjentka przykuła moją uwagę kombinacją „?F20” i „problemy sercowe dziecka”. Ta pierwsza zwiastowała możliwe komplikacje psychiatryczne. Ta druga; rychły sprawdzian mojej wiedzy z kardiologii dziecięcej.



NOTA BENE  
Poród może być traumatycznym czynnikiem spustowym psychozy, ale i wielu innych chorób psychicznych, nieopisanych w tym rozdziale.



Bleep (amerykański: pager) – urządzenie, którym komunikują się lekarze



NOTA BENE  
Lekarze z jakiegoś powodu dość często ukrywają diagnozę przed pacjentami i piszą ją za pomocą kodu ICD. Niektórzy wolą też diagnozować mniej obciążone kulturalnie choroby np. F29 "Nieorganiczna psychoza" brzmi lepiej niż F20 "Schizofrenia"



#### NOTA BENE

Słowa matki mogą być przejawem urojeń prześladowczych czy persekucyjnych... ale mogą też być naturalną obawą przed opieką społeczną...

Nie zdążyłem nawet protestować, że ja jestem ten od mózgu, bo w dzisiejszym systemie ochrony zdrowia to i tak nikt by tego nie słuchał.

\*\*\*

Ze względu na swoją tajemniczą naturę i niemożliwe do uchwycenia aetiologie, pierwotne zaburzenie psychotyczne (PPD, oznaczenie F20 zgodnie z kodem ICD<sup>1</sup>) przez stulecia była domeną spirytualistyczną. Oczywiście, genezy psychozy upatrywano w opętaniach. Mimo, że pierwszy opisany przypadek choroby to „Księga serc” w papirusie Ebersa z 1555r. p.n.e., stanowcze doniesienia na temat biologicznych podstaw PPD to domena ostatnich trzydziestu lat.

Niestety, mimo postępów w higienie i medycynie doświadczalnej, głównonurtowy dyskurs cierpi z powodu dość arbitralnych nozologii. Znakomita większość zna pewnie chorobę jako „schizofrenię”. Istotnie, za ukutym przez Bleulera w 1908 roku pojęciem czai się *rozszczepiac* (z greki σχιζειν, schizein, stąd: schizo) i *umysł* (z greki φρεν, fren, stąd „frenia”). Nie dziwne jest, zatem, popularne mylenie choroby zaburzeniem osobowości mnogiej (DID, z ang. *Disseminated Identity Disorder*) czy w ogóle stawianie znaku równości między kimś „psychicznym”, tj. cierpiącym na jakąkolwiek chorobę kategorii „F” w ICD-10 a „psychozą” tj., szczególną chorobą mózgu objawiającą się mieszanką halucynacji i urojeń.

\*\*\*

– Czy wszystko będzie dobrze, panie doktorze? – rodzice rozchorowanego i rozgorączkowanego dziecka, któremu właśnie miałem robić punkcje wpatrywali się we mnie jak w wyrocznie.

– On tego nie będzie pamiętał. Wy na pewno. Może warto jest przejść do pokoju dla rodziny, ja przyjdę do Państwa po wszystkim? – Rodzice wdali się nieco zmieszani, ale przytaknęli.

– RATUNKU MÓJ MĄŻ NIE ŻYJE! – kobieta wbiegła na środek sali resuscytacyjnej i podniosła krzyk, który przeszył nas wszystkich. – MA ATAK SERCA NA PARKINGU! – pan Bóg jeden raczy wiedzieć, dlaczego ta kobiecina pozwoliła mu prowadzić, ale opatrność miała go na tyle w opiece, że stracił przytomność tuż przed wejściem na SOR.

Popatrzyłem na kolegę, który widział, że myję się do zabiegu. Katie właśnie ustabilizowała dziecko z astmą, a portrzy zabrali wózek z nim na korytarz oddziału dziecięcego. Nie zdążyła wziąć oddechu, zanim paramedycy wetknęli w jej zatoczkę pacjenta z atakiem serca. Prawie przejechali jej kółkami po pantoflach, więc odskoczyła i

1. System międzynarodowej klasyfikacji chorób.
2. Skrót od paediatrics (specjalizacja lekarska, która zajmuje się dziećmi).

popatrzyła na mnie. Bleep zahuczał, wieszcząc, że matka z góry zaczęła już rodzić i potrzeba wsparcia paediatrycznego.

– Ja się zajmę niemowlakiem, ty idź na górę i zobacz co z tą rodzącą. – Zdiąłem rękawiczki i ogarnąłem wzrokiem kolegę, który rozpoczynał resuscytację. Moje współczucie popłynęło w stronę rodziców dziecka. Nie wiem, co było gorsze: siedzenie z noworodkiem podczas okropnej procedury czy gnieźdzenie się w pokoju dla krewnych z rodziną nieszczęśnika z parkingu.

Pognałem dwa piętra po schodach i wpadłem na porodówkę, która w ogromie dzisiejszego szaleństwa wydawała się prawdziwą oazą spokoju. Położna nie musiała nawet pytać się, o kogo mi chodzi, tylko wskazała odpowiedni pokój. Bez zastanowienia chwyciłem jej notatki.

– *Paeds*<sup>2</sup>. – powiedziałem w skrócie do lekarki położnej siedzącej na środku, na co ta wyraźnie uspokoiła się. Po chwili popatrzyła na mnie drugi raz. Lęk zawitał na jej twarzy, gdy zobaczyła, że chyba nie jestem najstarszym członkiem naszej załogi.

– Witamy na pokładzie, jestem Matylda.

– Maks.

– Niech ktoś was stąd zabierze! – matka ścisnęła rękę swojego partnera. Może nie byłem ekspertem w położnictwie, ale wiedziałem, że stresowanie rodzącej kobiety jest zagrożeniem dla życia i zdrowia każdego, kto może ten poziom stresu zwiększyć.

– Hej, Dorothy – zagaiłem do matki – Jestem Maks, jeden z lekarzy od dzieci.

– Przysłali cię tutaj, żeby mnie szpiegować? Chcecie zabrać mi dziecko? Już raz mi je zabraliście! – krzyknęła jeszcze głośnie. Położna zobaczyła, że numery na maszynie skurczowej zwiększają się, więc skupiła swoje oczy na matce i zawołała.

– PRZYYYJ! – sapnęła – Z całych sił. PCHA-AAJ!

Wykorzystałem ten moment, aby stworzyć notatki Dorothy. Miała już poprzednie dziecko, które straciła w 24 tygodniu ciąży (na 40). Obecne było w 36 tygodniu. Przeglądałem chwilę dalsze karty, gdy moim oczom ukazały się recepty na siarczan magnezu i znaki Departamentu Kardiologii Dziecięcej Królewskiego Instytutu Dziecka w Bristolu. W tym momencie do pokoju wszedł konsultant i spojrzął na mnie.

– Hej, Maks, próbowałem się donich dodzwonić... wiesz, która jest godzina... nie wiemy za bardzo co to za defekt kardiologiczny. Jeszcze matka z PPD. Sam nie jestem ekspertem z kardiologii dziecięcej,



#### NOTA BENE

Przeświadczenia o niedziałających organach mogą być przejawem urojeń nihilistycznych... albo bona fide uczciwej opinii, że występuje jakiś defekt, który zabił jej pierwsze dziecko. Poza tym, uczucie niemocy pacjenta jest dość częste w systemie ochrony zdrowia. Szepty mogą być halucynacjami.

więc zadzwoniłem po kolegę.

– Przynajmniej nie będziesz mnie odpytywał z *truncus arteriosus* – spojrzałem jeszcze raz na dokumenty i oddałem mu je – To jest powyżej mojej płacy, Roger. – konsultant zaśmiał się.

– Witamy w służbie zdrowia 2019 roku.

– Czemu nie zostawicie mnie w spokoju?! Moja macica nie żyje. Ona zabija wszystko co jest w środku. Tak, jak zabiła moje pierwsze dziecko. To wszystko moja wina.

– Dorothy – spojrzałem na nią – Dorothy, powiedz mi, czy jest coś, co możemy zrobić, żeby ci pomóc?

– Już tydzień nie widziałam światła słonecznego... trzymają mnie w tych ciasnych pokojach. Nie widzę końca, czuję się jak pasażer. Cisza jest płaska, ale demony ciągle szepczą mi o tym, co robię. Czas zabić je... TERAZ albo NIGDY!

– PRZYZZYY! – położna przerwała monolog pacjentki, a jej partner popatrzył na mnie

– Ona tego nie miała, panie doktorze, proszę nam uwierzyć... Jest całkowicie normalna i stabilna.

– Wierzę. Czasami poród może wywołać takie objawy. – popatrzyłem na matkę, która wyraźnie błędziła po pokoju wzrokiem – Dorothy? Postaramy się coś z tym zrobić. Wiem, że straciłaś pierwsze dziecko, ale zrobimy wszystko, co w naszej mocy, aby poród odbył się w najlepszym porządku.

– Policzyłam swoje błogosławieństwa. Jestem zgubiona... – wyraźnie się uspokoiła.

– Dorothy?

– Mówisz, że możesz mnie ocalić? Nie myśl, że kiedykolwiek mnie znajdziesz. Jestem już zbyt bardzo zgubiona. Zgubiłam moją duszę... moją roztrząsaną duszę. To okropne miejsce, przez które nigdy nie przejdiesz – popatrzyła na mnie z przerażeniem i krwiożerczym wzrokiem – Istnieje piekło. Uwierz mi, widziałam je.

– Późne deceleracje<sup>3</sup>! – krzyknęła położna, a lekarka popatrzyła na Dorothy

– Musimy wyciągnąć to dziecko. Teraz. – chwyciła za *próżności*<sup>3</sup> – Będę potrzebowała twojej współpracy, Dorothy!

– Maks – paediatra zwrócił się do mnie – Wybacz mi, ale muszę iść... jak pomyślę o tym, co się dzieje na SORze, to sam zaczynam rozumieć, co widziała Dorothy. Dasz radę samemu? – moja

mina musiała zdradzać jak bardzo komfortowo się z tym czułem.

– Eee...

– Pamiętaj, jak dziecko wyjdzie i nie oddycha to wytrzymaj je rącznikami... ale nie tak o; leciutko... tylko tym okropnym białym NHSowskim rączniorem, tak mocno w kręgosłup, to od razu zacznie respirować jak należy. Sprawdzony sposób! – poklepał mnie po plecach i ruszył przed siebie.

– Dorothy, wiem, że to, co teraz czujesz musi być dla ciebie bardzo stresujące. Nawet nie wyobrażam sobie, jakie rzeczy musisz przechodzić.

– To ty wierzysz, że ja naprawdę widziałam demony? – była zaskoczona, że ktoś bierze ją na poważnie

– Wiem, że nie kłamiesz, Dorothy. Wierzę, że je widziałaś. Naprawdę chciałbym, żebyśmy o tym porozmawiali, ale teraz potrzebujemy twojego pełnego skupienia dla dziecka. Jesteś w stanie to zrobić? – Dorothy uspokoiła się i popatrzyła na lekarkę, która uśmiechnęła się do mnie w podziękowanie za uspokojenie pacjentki. Zaczęła przecierać i maseżować główką dziecka, aby dokończyć proces porodu.

Adrenalina skoczyła mi, widząc, jak noworodek pojawia się na świecie, a Rogera dalej nie ma. Włączyłem resuscytator i podkręciłem odpowiednio gaz. Lampa rozpoczęła grzanie, a ja sprawdziłem ciśnienie w masce przez przyłożenie jej do kocyka.

– OK, mamy ją! – lekarka położna wręczyła mi małe, nieoddychające i delikatne w swojej budowie dziecko. Wziąłem zawiniątko i położyłem na resuscytatorze. Wytarłem zgodnie z poleceniami Rogera, ale dalej nie widać było znaków spontanicznej respiracji. Było całe sine. Przyłożyłem wentyl do ust niemowlaka i dałem kilka oddechów. Po odsunięciu maski, uśmiechnąłem się, gdy mały wydał z siebie krzyk płaczu. Roger wszedł właśnie do pokoju i zobaczył mnie w tej paradoksalnej sytuacji.

Pomyślałem, że po tym całym eksperymencie, zaraz ja sam będę potrzebował resuscytacji i wsparcia psychiatrycznego. Usiadłem w semi-kontrolowanym osunięciu na podłodze, gdy położna zabezpieczyła dziecko i wymieniła wzrok z pediatrą. Ten przekazał je matce na chwilę, po czym wyjechał z wózkiem za pokój, aby przewieźć je na intensywną terapię. Wrócił za chwilę.

– Dobra robota. Robiłeś to kiedyś?

– Teraz już tak.

Pediatra zaśmiał się.



#### NOTA BENE

Pamiętaj, aby nie ferować wyroku o stanie ogólnym pacjentki z jej najgorszego momentu. Rodzina i notatki wcześniejszych lekarzy mogą być niezbędne w ustalaniu stanu, jaki jest dla pacjentki normalny.



#### DECYZJE KLINICZNE

Co należałoby zrobić z matką rodzącą z PPD? Odpowiedz: (TAK/NIE)

- Zwiąż matkę, aby nie utrudniała pracy.
- Podaj środki trankwilizujące, np. hal-dol.
- Zwiększ macce znieczulenie, żeby było jej bardziej komfortowo
- Zaoferuj wsparcie słowem



#### NOTA BENE

Urojenia czy halucynacje są prawdziwe dla chorego. Brak wiary w nie lub ich bagatelizacja to przepis na utratę zaufania pacjenta.

3. Oznaka zagrożenia dziecka na wykresie pracy serca.

4. Instrument położniczy, który ssakiem przytwierdza się do główki dziecka.





**DECYZJE KLINICZNE**  
Co należałoby zrobić z matką rodzącą z PPD?  
Odpowiedz: (TAK/NIE)

**X** Wiązanie zwiększa śmiertelność i powoduje pogorszenie sytuacji.

**X** Nie ma żadnych dowodów, że monoterapia haloperydolem jest skuteczna w tego typu sytuacji. Biorąc pod uwagę efekty uboczne, stosowanie jej jest niewskazane.

**X** Komfort może i by się zwiększył, ale w tej sytuacji może pogorszyć skurcze macicy, co zaowocuje opóźnieniem porodu. Dziecko już pokazuje sygnały stresowe, więc warto jest je urodzić jak najszybciej.

**V** Wsparcie słowne jest najlepszym, najtańszym i najbardziej skutecznym sposobem radzenia sobie z atakiem psychotycznym.



Filip Bouhler (1899 - 1945) urzędnik rządu III Rzeszy, SS-Obergruppenführer, szef kancelarii Adolfa Hitlera, główny nadzorujący akcję T4. Fotografia: wikimedia.



Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Kocborowie, Starogard Gdański. Między 29 listopada a 20 grudnia 1939r., zgładzono tu 2342 chorych. Akcję opisuje K. Szwentnerowa w "Zbrodnia ni via mercatorum", Wydawnictwo Morskie, Gdynia 1968, Fotografia: wikimedia.

– Wiesz Maks, doświadczenie kliniczne to coś, co mamy dwie godziny po tym, jak go potrzebujemy. Ale z matką dziwaczką to gratuluję, że wytrzymałeś. Masz za to u mnie złotą gwiazdkę.

*Dziwaczką. Dlaczego ją tak nazwał? Co ma w sobie PPD, że jest tak niedbale traktowane?*

Historia tej choroby i obecne jej postrzeganie to właściwie wzorzec z Severs piekielnej triady niedoinformowania, paternalizmu i naukowego widzimisię. W XX wieku, osoby chore były poddawane zabiegom eugenicznym, w tym przymusowej sterylizacji lub eksterminacji w USA, Niemczech i krajach Skandynawii (Kyziridis, 2005).

W Polsce, w ramach akcji T4, lekarze mordowali chorych na PPD, aby zrobić miejsce w przepełnionych szpitalach. W samym tylko pierwszym kwartale 1940 roku, w zakładzie w Kościanie k. Poznania zamordowano 3334 chorych (Jaroszewski & Jaroszewska, 1993). Upraszano również zgłoszenia dziecka z podejrzeniem wad rozwojowych, które mogły wywołać PPD, aby je zawczasu unicestwić. Za taką fatygę państwo Niemieckie wypłacało 2 reichsmarki (Gorde, 1987). Życie dziecka warte było dla położnej 69 i pół polskiego złotego z 2019 roku.

Cały proces był precyzyjnie zorganizowany. Eksterminacja wyglądała następująco: odpowiednio zakwalifikowani do tego lekarze (którzy zgłaszali się na ochotnika) ustalali diagnozę psychiatryczną, a następnie polecali pielęgniarce napisanie kredkami imion i nazwisk na plecach pacjentów. Personel naznaczał ich „*jak świnie*” (cytat jednej z osób, które przeżyły tę akcję). Następnie ładowano chorych do autobusów z odpowiednio zakrytymi oknami: farbą lub białym papierem, aby przypadkowym gapiom „*oszczędzić przykrego widoku*” (Zychowicz, 2018).

Na miejscu eksterminacji, druga komisja lekarska potwierdzała diagnozę, a następnie ordynowała chorym rozebranie się do dezynfekcji. Pomieszczenia z prysznicami wyglądały złowieszczo podobnie do sali higienicznych szpitali, ale były w rzeczywistości komorami śmierci. Lekarz gazownik podawał truciznę do powietrza i wyczekiwał przez bezpieczny dla całkowitego zgonu okres. Salę następnie wietrzono, a ciała kremowano.

*„Wchodzimy do budynku małym korytarzem – opowiadała Elvira Hempel, która jako dziewięcioletnia dziewczyna 3 września 1940 roku stanęła przed drzwiami komory gazowej. – Na końcu otwierają się drzwi, za nimi jest pomieszczenie. W tym pomieszczeniu leży góra ubrań i góra butów. Przy stole siedzą ludzie w kitlach. Są tam jeszcze żelazne drzwi z dwiema zasuwami, jak w bunkrze przeciwlotniczym. Jakaś kobieta mówi opryskliwie „Rozbierać się! I to*

*szybko!”. Pomaga dzieciom przy rozbieraniu się, wszystko ma być szybko.*

*I każde dziecko, kiedy jest już rozebrane ustawiają przed tym stołem, za którym siedzą ludzie w bieli. Potem jest zabierane i znika za żelznymi drzwiami. Są one ryglowane po wejściu każdego dziecka.*

*Kiedy jestem już naga, ktoś łapie mnie za lewe ramię i ciągnie w stronę stołu. Tam pytają mnie o nazwisko i wiek. Odpowiadam. Mężczyzna szybko przegląda akta. Potem każą mi się znowu ubrać. Nie pójdę za te żelazne drzwi. Prowadzą mnie do wielkiego budynku. Jest tam już dwoje dzieci, które przyjechały razem ze mną. Jest nas trójka dzieci, które przeżyły ten transport”.*

(Götz, 2015)

Jak widać, i tam nie brakowało personelu, który był wyraźnie zniecierpliwiony powolnością chorych. Aby szybciej sobie z nimi poradzić, wiązali ich sznurami, poddawali trankwilizacji i używali siły fizycznej. Niemieccy lekarze opisywali ten proceder jako „*humanitarny*” i „*bezbolesny*”, ale zdawali sobie sprawę z poruszenia, które wywołali u innych profesjonalistów służby zdrowia. To tylko rozwiązanie tymczasowe, argumentowali, z postępowaniem naukowym, lepiej ustali się diagnozę chorych, aby... zabijać ich jeszcze w ciąży.

Akcję T4 wstrzymano z powodu protestów organizacji konserwatywnych i katolickich w Niemczech. Punktem zwrotnym tej tragicznej historii był jeden z największych cywilnych bohaterów II Wojny Światowej, biskup Münsteru, hr. Klemens August von Galen (Zychowicz, 2018). Latem 1941 roku wysypał z szeregiem kazań, w których głosił filipiki wobec narodowo socjalistycznego reżymu. Przemowy biskupa, w których opisywał moralne i etyczne przestępstwa akcji T4, odbiły się szerokim echem wśród wiernych Westfalii i innych regionów Niemiec.

Minister Propagandy, Dr Józef Goebbels wpadł w wściekłość i domagał się zatrzymania „*zuchwałego klechy*”. Reichsführer był jednak bardziej wyczulony na wahania sondażowe i dokumentem z 23 sierpnia 1941r. zakazał akcji.

Mimo tego, lekarze nie ustępowali w swojej wierze w „*doświadczenie kliniczne*” i dokonywali eutanazji metodą *off-licence*. Podawali śmiertelne zastrzyki KCl, zaglądali chorych czy indukowali zapalenia płuc. Interwencje takie miały na celu „*rozładowanie*” obciążeń generowanych przez „*darmozjadów*” w zakładach opieki nad osobami starszymi czy nerwowo chorymi.

Warto zauważyć, że lekarzy do wykonywania tego typu zabiegów nikt nie zmuszał. Znakomita większość z nich nie miała nawet legitymacji

członkowskiej NSDAP. Po „odrobieniu dyżuru” wypisywali fałszywe akty zgonów, żeby się niemiecki NFZ nie przytrzymał.

Rodziny chorych również przyczyniły się do tego aktu. W większości przypadków lekarze informowali ich o zamiarach odnośnie pacjenta, a wobec małego chociażby sprzeciwu, chory był skreślany z list egzekucyjnych. Pacjenci znakomicie zdawali sobie sprawę, że jadą na śmierć. Wieszali się siostram na rękawach, krzyczeli, płakali; desperacko chwyтали klamek i poręczy. To musiał być niewyobrażalnie okropny widok. Niektórzy lekarze i pielęgniarki płakali razem z pacjentami, gdy koledzy po fachu ordynowali im państwowo sankcjonowaną i w pełni zgodną z prawem śmierć. Zachowały się penetrujące przeraźliwym strachem listy chorych:

„[Kochane rodzeństwo!] Żyję w strachu, ponieważ znowu były tu te samochody ...”

„Kochana siostrzo! Znowu zabrali wielu. Było nam tak ciężko, że wszystkie płakałyśmy. Chciałabym więc Cię prosić, żebyś wstała się za mną, żebym mogła zamieszkać u Ciebie, bo nie wiemy, czy oni nie wrócą w przyszłym tygodniu. Gdybyśmy się już więcej nie zobaczyły, chciałabym Ci serdecznie podziękować za wszystko, co dla mnie zrobiła...”

„Ja nie chcę umierać!”

„Teraz jesteśmy już naznaczeni na rzeź”

„Czy to moja wina, że taka jestem? Czemu robią mi coś takiego?”

W rzeczy samej – czy to wina pacjentów, że mają tak obezwładniającą chorobę? Czy z premedytacją zgłaszają urojenia i halucynacje, aby narobić nam więcej pracy? Czy nie zasługują na to, żebyśmy leczyli ich i ratowali im życie?

Byłoby wysoce niesprawiedliwe, aby obciążać trzecie pokolenie lekarzy winami ich poprzedników. Ale największe krwawe plamy na kartach historii sztuki, której poświęciłem swoje życie, zdobył zabieg taki jak lobotomia, eugenika i akcja T4. A przecież wszystkie wydawały się tak samo „rozsądne”, „sprawdzone klinicznie” i „działające na chłopski rozum” jak dzisiejsza monotranksylizacja haloperydolem, dezynwoltura farmakoterapeutyczna czy przedwczesna śmierć na zawał lub samobójstwo osób z PPD.

Co zrobić, żeby lepiej zrozumieć chorych? Jak zaoferować im najlepsze świadczenia i wreszcie, czy całkowite wyleczenie z PPD to sen tak samo nieuchwytny, jak urojenia naszych pacjentów?

Na te pytania odpowiemy w tym rozdziale.



Louis Wain (1860 – 1939) był artystą z PPD, znanym ze swoich charakterystycznych rysunków wielookich kotów.



Rysunek innej artystki z PPD, Fomy Jaremtszuk.



# ISTNIEJE PIEKŁO. UWIERZ MI, WIDZIAŁAM JE.

## ODDZIAŁ POŁOŻNICZY - SALA PORODOWA

### Psychiatria Neonatologiczna

Dorothy jest 26-letnią matką (G1P1) z rozpoznaniem PPD i w stanie ostrej psychozy. Podczas ciąży zdiagnozowano u dziecka nieznaną Ci patologię kardiologiczną. Matka na oddziale przebywa z mężem, Gabrielem (28l.). Poród był nieznamienny dla matki; dziecko wymagało resuscytacji oddechowej do spontanicznego odzyskania krążenia. Znajduje się na oddziale intensywnej terapii.



Kiedy Ty mówisz do Boga, modlisz się.  
Kiedy Bóg mówi do ciebie – masz PPD.

– Dr Tomasz Szasz, *Schizophrenia* (po lewej)



#### NOTA BENE

Szybkie przypomnienie z fenomenologii: urojenia to

myśli, które nie są zgodne ze stanem rzeczywistym, ale chory jest przeświadczony, że są prawdziwe.

Na przykład: „Jestem Bogiem”. Jeśli chory ma zachowany krytycyzm wobec nich, urojenia przechodzą w łagodniejszą formę idei nadwartościowych. Przykład: „Myślisz, że jest możliwość, że nie jesteś Bogiem?” „Hmm... może rzeczywiście?”

### DEFINICJA I DIAGNOZA

**D**la tych, którzy nigdy nie spotkali się z osobą z pierwotnym zaburzeniem psychiatrycznym (z ang. *primary psychotic disorder*, PPD), a raczej: nie wiedzą, że ich znajomy czy przechodzień ma objawy tej choroby, owy syndrom kliniczny może być nie lada wyzwaniem.

Wszystko zaczyna się bowiem od przekonania. Rozważmy jakąś prawdę „obiektywną”, np. to, że teraz czytasz ten tekst. Skąd wiesz, że go czytasz? „A! To proste” – powiesz – „Czytam, bo mam książkę w ręku lub siedzę przed laptopem z PDFem na ekranie. Wiem, że czytam, bo tak jest”. No właśnie: „bo tak jest”. Tak samo, jak Ty jesteś przekonany o fakcie czytania tego tekstu, tak i osoba z **urojeniami** jest przekonana, że ktoś ją śledzi, ktoś zatrucha jej jedzenie lub wysyła wiadomości w telewizji.

Zmysły również mogą nas oszukać! Dlatego też **halucynacje** są odbierane tak samo, jak normalne obrazy, odczucia czy dźwięki. To nie hologramy, iluzje albo miraż, które możemy racjonalnie wyjaśnić, np. tost w kształcie głowy Jezusa czy cień latarni, który wydawał się być przekonująco podobny do napastnika. Halucynacje to normalne bodźce, których mózg nie jest w stanie odróżnić od innych. Dzieje się to do tego stopnia, że, aby zachować krytycyzm, osoby chore konsultują je z innymi! Widać to na filmie „Piękny umysł”. Gdy prof. Nash został zahaczony po wykładzie przez członka komitetu noblowskiego, zanim zaczął z nim rozmawiać, zapytał studentkę: „Czy Pani też widzi tego jegomościa?”. Osoby z PPD mogą naprawdę bardzo wysoko funkcjonować; John Nash zdobył przecież nagrodę nobla z ekonomii!

Dlatego właśnie nic nie daje powiedzenie fraz typu: „no przecież nie czytasz tego podręcznika psychiatrii!” czy „zobacz: wszyscy mówią, że nie czytasz tej książki, więc przestań mówić, że ją czytasz!” albo „dobrze wiesz, że jej nie czytasz; na pewno kłamiesz!”.

Bierze się to z prostej zależności. Jak mawiał Franciszek de la Rochefoucauld: „Nikt nie jest zadowolony ze swojej fortuny – każdy ze swojego rozumu”. Ufamy naszym zmysłom, przekonaniom i wierzeniom, bowiem tak właśnie operujemy w normalnym życiu. Jeśli ten aparat przekonałby nas, że ludzie spiskują w pracy albo że szef się na nas uwziął, to bardzo łatwo wytłumaczylibyśmy sobie dowody antytezy: (1) kolega mówiący, że na pewno tak nie jest, spotkałby się z odpowiedzią: „A co ty możesz wiedzieć, przecież tam nie pracujesz!”; (2) przyjaciel, który zwraca uwagę na inne przyczyny zachowania szefa otrzymałby podobną replikę: „Ja znam tego szefa od kilku lat to chyba lepiej wiem, jak on się zachowuje!”; (3) koleżanka z pracy zapewniająca, że te przykrości wymyślasz sobie sam „na pewno jest z nimi w zмовie, chce moją posadę i próbuje zrobić, żeby wyszedł na psychola!”.

Łatwo zauważyć taką zależność, prawda? A to tylko przykład całkowicie fizjologiczny! Wyobraź sobie, że czyjeś połączenia w mózgu powodują, że wierzy w o wiele bardziej niedorzeczne dla ciebie teorie! Jak temu zaradzić? Należy urojenia przekuć w idee nadwartościowe: różnica polega na tym, że w te drugie chore zaczyna wątpić (choć trochę!). Na przykład: „A może jednak w pracy po prostu szef miał gorszy dzień... ale dalej sądzę, że mnie nie lubi!” vs. „Znam moją dziewczynę już tyle lat, że wiem na pewno, że chce dla mnie źle!”.

Trzecim poważnym objawem w PPD są zaburzenia kognitywne, tj. aparatu pamięci, decyzji i przetwarzania informacji. Tu występuje prawdziwa plejada deficytów funkcjonowania społecznego, podejmowania decyzji lub interpretacji emocjonalnej. Osoba z PPD może nie rozpoznawać intencji społecznych lub nie rozumieć dynamiki spotkań w grupie, np.: co myślą osoby stojące w grupie podczas przerwy obiadowej, po co starać się robić romantyczną kolację dla dziewczyny lub w jakim celu współpracować z innymi w projekcie grupowym w pracy.

PPD charakteryzuje się też wieloma objawami negatywnymi, np. **splaszczonym afektem** (brakiem reakcji na radość lub smutek, jak w emotikonce :I), **pasywnością** (przeświadczeniem, że ktoś inny kontroluje ich myśli lub czynności), **abulią** (brakiem chęci do działania, brak zdecy-



dowania). Niektórzy chorzy mają również charakterystyczną chęć wyjścia z sytuacji społecznej, ucieczki do siebie, izolacji i leżenia na łóżku. Podczas takich sesji, osoby z PPD pograżają się w stuporze swoich myśli (stanie paraliżu, odrętwienia).

Co więcej, zaburzenia psychiatryczne da się wyleczyć! Naprawdę! Najlepszą prognozę mają chorzy, którzy zostaną szybko i profesjonalnie rozpoznani (patrz dowody w rozdziale). Znakończona część nie będzie nawet musiała przyjmować leków do końca życia. Jest to naprawdę jedna z dziedzin leczenia chorób mózgu, w której Twoja interwencja to być albo nie być dla pacjenta. To różnica między normalnym życiem, pełnym sukcesów zawodowych, szczęśliwych chwil w rodzinie i wspaniałych wakacji, a wyrokiem śmierci i zapomnienia w zamknięciu stuporu własnego umysłu. Nawet jeśli nie uda się całkowicie naprawić mózgu chorego, to, podobnie do cukrzycy typu I, PPD można z powodzeniem kontrolować lekami.

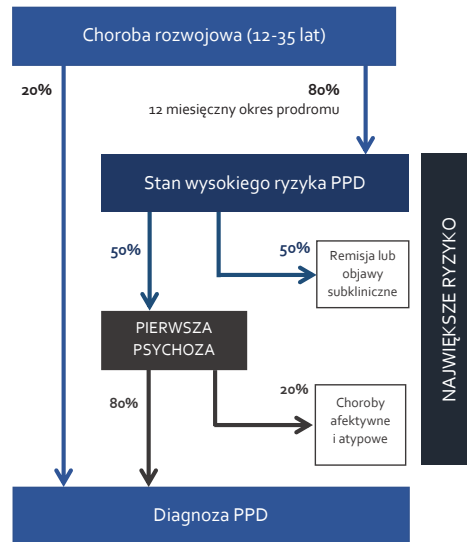
**PSYCHOZA A PRZESTĘPSTWA**

Twierdzenia, że osoby z PPD są przestępcami lub stanowią większość morderców są zwyczajnie nieprawdziwe. W meta-analizie 21 badań porównano N=27185 chorych na PPD z N=1714904 zdrowych ludzi z 11 krajów świata. Zachowania agresywne zdarzyły się jedynie 9.9% przypadków PPD vs. 1.6% w normalnej populacji. Dalsza analiza pokazała, że jeśli z każdej grupy wykluczymy osoby, które nadużywają narkotyków lub alkoholu, różnice znikają.

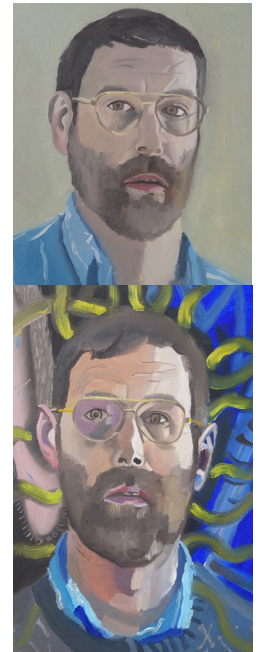
Znaczy to, że osoba z PPD pod wpływem środków odurzających ma takie samo prawdopodobieństwo agresji jak osoba zdrowa pod wpływem tych samych środków (Fazel et al., 2009). Autorzy innego przeglądu zbadali ilość przestępstw powodowanych przez osoby z PPD.

Prawdopodobieństwo, że obcy człowiek w ostrej psychozie kogoś zabije wynosi 1 na 14.3 miliona. Łatwiej jest trafić szóstkę w totolotka (1:13.98mln). Wśród tych, którzy rzeczywiście dokonali takiego czynu, prawie 2/3 nigdy nie było leczonych. Co więcej, można znaleźć wiele czynników, które potęgują szansę na morderstwo, takie jak cechy zaburzenia osobowości, brak leczenia, brak opieki lekarskiej czy wcześniejsza historia przemocy (Nielsen et al., 2009).

Podsumowując: (1) to prawda, że osoby z PPD mają nieproporcjonalnie większy udział w zachowaniach agresywnych i przestępstwach, ale (2) udział ten jest jednak bardzo marginalny, a w przypadku osób obcych zupełnie znikomy, (3) ryzyko kryminalne można całkowicie zredukować do populacyjnego przez interwencje medyczne z zakresu uzależnień i leczenie antypsychotyczne. Dlatego tak ważne jest wczesne rozpoznanie i dobra, oparta na dowodach, kuracja PPD.



**RYCINA 1**  
Przebieg naturalny choroby w stanach prodromalnych PPD. Procenty opisują zaokrąglone szanse progresji do danego stanu. Największe ryzyko samobójstwa występuje w pierwszym roku objawów (12x większe niż w populacji zdrowej).



Bryan Charnley (1949 – 1991) był artystą z PPD. Powyżej stan bazowy (bezobjawowy). Poniżej obraz pokazujący już część objawów PPD. Które jesteś w stanie rozpoznać?

**EPIDEMIOLOGIA**

Według danych statystycznych, na PPD choruje ok. 1% światowej populacji (Kahn et al., 2015). W Polsce, liczbę chorych szacuje się na ok. 1 milion osób, z incydencją ok. 15 przypadków nowych zachorowań na 100tys. ludności rocznie (ProDomo, 2010). Wizerunek dziwaka z kapeluszem w pióra, który zaczepia ludzi na przystanku, nie ma zastosowania w większości przypadków PPD. Jeden na czterech chorych ma wykształcenie wyższe, nieco poniżej połowy pracuje w chwili diagnozy. Niestety, odsetek ten zmniejsza się w miarę postępowania syndromu: siedmiu na dziesięć utraci pracę w przebiegu PPD. Obciąża to znacznie system opieki zdrowotnej, który odnotowuje kongruentny przyrost w hospitalizacji. Obecny koszt samej renty wypłacanej niezdolnym do pracy chorym to 0.94mld złotych rocznie, a NFZ ponosi dalsze koszty w wysokości pół miliarda. Drugie tyle przeznaczają na refundację leków antypsychotycznych (Kiejna et al., 2010; ProDomo, 2010).

**AETIOLOGIA**

Zmian w układzie nerwowym chorych można doszukać się w prawie każdym okresie życia (Ryc.1). Na etapie przed narodzeniem (genetyka, epigenetyka), w okresie okołoporodowym, okresie ryzyka (lata młodości), w pierwszej psychozie, odpowiedzi na leki i okresie przewlekłym.

**GENETYKA**

PPD jest chorobą, w której nie ma jednego genu odpowiedzialnego za wszystkie mutacje (Cardno & Gottesman, 2000). W dotychczasowych badaniach wyszczególniono ponad 108 loci genetycznych, m.in.: kodujące receptory dopaminowe D2, receptory glutaminianowe i MDMA (neuroprzebieżniki). Wyszczególniono również wpływ genetyczny na kodowanie MHC w regionie chromosomu 6, co dodaje dowodów do teorii immu-

**NOTA BENE**  
**Szybkie przypomnienie z genetyki:** *loci* (l. poj. *locus* to miejsce w genomie, gdzie znajduje się informacja o dziedziczeniu. Są choroby, w których informacja ta znajduje się w jednym miejscu. W PPD tych miejsc jest przynajmniej 108 (te wszystkie trudne nazwy). Posiadanie wszystkich zwiększa ryzyko, ale jedna mutacja daje tylko dodatkowe 2%. Wykres na Ryc. 2 pokazuje szanse dziedziczenia.

ODPOWIEDŹ  
Z POPRZEDNIEJ STRONY:  
"Osoba u góry czytała  
moje myśli", "Odczuwałem  
ukrzyżowanie ego", "Byłem  
wrażliwy na głosy".

Czyli: interferencje myśli,  
nadawanie myśli? Objawy  
wytwórcze.

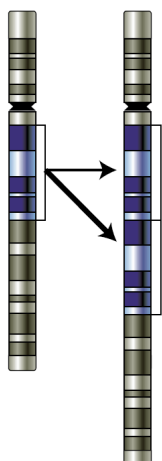


Jakie objawy jesteś w stanie  
zaobserwować teraz?

## MYK NAUKOWY

### STRASZLIWE CMV

Kopie DNA zwane CNV (z ang. *Copy Number Variant*) są nieczęstym, ale bardzo silnie oddziałującym na ryzyko elementem genetycznym (nawet do 60x większe ryzyko!) – zarówno PPD jak i innych chorób rozwojowych (np. ADHD, autyzm, malformacje anatomiczne). Obecnie nie testuje się ich rutynowo, z powodu na niezwykłą rzadkość.



Zjawisko kopiowania DNA (duplikacji) na nowym chromosomie (po prawej). Taka mutacja może w niektórych przypadkach silnie wskazywać na ryzyko PPD. Dotychczas zidentyfikowane geny to: dysbindyna DTNBP1 (6 chromosom; ramię krótkie), Neurogulina-1 (8 chromosom; ramię krótkie), G72 (13 chromosom; długie).

nologicznego wpływu PPD na organizm. Każda z tych loci wywiera znikomy indywidualny wpływ na objawy, zazwyczaj mniejszy niż 2 procent (Psychiatric Genomics Consortium, 2014).

Co zatem poradzić rodzicom nt. ryzyka choroby? Bliźnięta jednojajowe mają szansę 50/50 na zachorowanie na PPD, największą spośród więzów rodzinnych. Połowę tego (ok. 1 na 4) szansy mają dzieci, których oboje rodzice chorują na PPD. Poza tymi dwoma ekstremalnymi przypadkami, ryzyko jest wyjątkowo niskie. Jeden rodzic zwiększa szansę o zaledwie 7%. Ryzyko zachorowania u bliźniaków dwujajowych czy wśród rodzeństwa wynosi poniżej 10%. Wreszcie jedynie posiadanie kogoś z PPD w rodzinie zwiększa szansę o mniej niż 5%. Warto jest pamiętać, że ryzyko dla populacji ogólnej wynosi 1% (Kahn et al., 2015) (Ryc.2).

## EPIGENETYKA

PPD nie powoduje zmian w samej strukturze neuronów, ale wpływa już na enzymy, receptory i działanie komórek układu nerwowego. Zmiany te kodowane są w procesie epigenetycznym. Jak to działa? Na przykład dekarboksylaza glutaminowa-1 wpływa na receptory GABA, przez co niszczy komunikację między neuronami (Gonzalez-Burgos and Lewis, 2012) Peptyd odpowiedzialny za jej kodowanie (GAD-1) psuje się nie jako mutacja DNA, ale jako błąd kucharki: niefortunne przyrządzenie trefnego dania z dobrze napisanego przepisu (Tao et al., 2018). Te felery mogą brać się z czynników środowiskowych, które omawiane są później (w myśl kolejnej epigenetycznej sentencji: *twoje geny zależą od tego, czy twoja babcia jadła brokoły*; dieta wpływa na epigenetykę, tu: brokoły posiadają kwas foliowy, który wpływa na to, jak „zwiąże się” DNA). O diecie i suplementach oraz ich wpływie na dziedziczenie PPD jeszcze sobie powiemy!

Tymczasem zostaniemy na chwilę przy receptorach GABA. Tu można bowiem odnaleźć kolejną poszlakę. W płacie przedczołowym występują neurony GABAnergiczne, które produkują *parvalbuminę*. Substancja ta, razem z działaniem GABA, jest niezbędna do wytworzenia oscylacji gamma (obserwowalnych na badaniu EEG). Oscylacji, które są niezwykle ważne w konektomie kognitywnej (pamięć, myślenie, procesowanie) mózgu (Guillozet-Bongaarts et al., 2014).

Oczywiście, liniowa implikacja byłaby zbyt prosta. Stymulatory GABA nie powodują zaburzeń psychotycznych, a ich inhibitory nie zmieniają przebiegu psychozy u osób chorych (Kahn et al., 2015).

Podsumowując: czynniki środowiskowe wpływają na to jak „gotuje się” z przepisu DNA. To ma wpływ na *połączenia* w mózgu, a nie bezpośred-

nio na receptory czy budowę neuronów. Sieci te, z kolei, produkują objawy widoczne w klinice.

## OKRES OKOŁOPORODOWY

Perinatalne czynniki, takie jak komplikacje w ciąży i przy porodzie powodują zwiększenie ryzyka PPD (Cannon et al., 2002). Noworodki w późnej zimie i wiosnie częściej chorują na zaburzenia psychotyczne, najprawdopodobniej przez infekcje, deficyt kwasu foliowego czy witaminy D.

Zmiany fizjologiczne objawiają się już w pierwszych latach życia (Howes and Murray, 2014), wpływając na opóźnienia w rozwoju neuropsychiatrycznym (Jääskeläinen et al., 2008; Sørensen et al., 2010) i zaburzenia kognitywne w okresie prodromu choroby (Kahn & Keefe, 2013). W miarę rozwoju i organizacji konektomicznej mózgu, objawy stają się wyraźniejsze. Nie świadczą to jednak o definitywnej chorobie. W okresie dojrzewania pojawia się bowiem wiele innych czynników ryzyka...

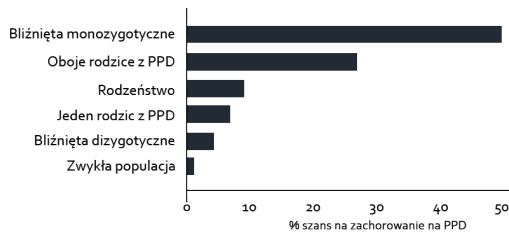
## STAN RYZYKA PPD

W miarę osiągnięcia dorosłości, u chorych pojawia się tzw. okres prodromalny lub stan wysokiego ryzyka PPD. Zazwyczaj poprzedza on pierwsze objawy psychotyczne o ponad 10 lat i składa się z obniżenia zdolności kognitywnych i społecznych (Kahn & Keefe, 2013). W ciągu 52 tygodni pojawiają się subtelne zmiany w procesowaniu myśli i percepcji, które nie spełniają jeszcze kryteriów pełnych urojeń, zaburzeń formalnych myśli czy halucynacji (Yung and McGorry, 1996). Stan taki występuje u około 80-90 procent chorych; pozostała część wchodzi w pełnoprawne PPD bez prodromu, co zasadniczo utrudnia jego diagnostykę (Beiser et al., 1993; Addington et al., 2011; Schlosser et al., 2012). Zwykle osoby w grupie ryzyka to młodzież w wieku 12-35 lat, która szuka pomocy lekarskiej, zazwyczaj w formie objawów lękowych i depresyjnych. Co ciekawe, sami nie zgłaszają objawów wytwórczych (halucynacje, urojenia), chyba że lekarz sam o nie zapyta (Kahn et al., 2015)!

Warto zaznaczyć, że duża część osób z prodromem PPD nie zachoruje na pełnoprawną psychozę (Ryc.1). W standardowych warunkach, w ciągu roku, 22% osób w stadium prodromalnym przekonwertuje się na PPD; 36% w ciągu 3 lat (Fusar-Poli & Meyer-Lindenberg, 2013). Wynik ten można ulepszyć przy użyciu sztucznej inteligencji w diagnostyce (do ok. 38%) (Brodey et al., 2019). Niektórzy próbowali algorytmicznej analizy neuroobrazowania (Koutsouleris et al., 2009) czy specyficznych biomarkerów (Koutsouleris et al., 2015), ale ich wartość diagnostyczna pozostaje niesprawdzona w większej populacji.

Co ciekawe, chorzy z prodromem lub pierwszą psychozą w PPD mają obniżony cholesterol (cał-





RYCINA 2 ↑

Wykres prawdopodobieństwa zachorowania na PPD w różnych scenariuszach dziedziczenia. Bliźnięta monozygotyczne = jednojajowe.

kowity i LDL (Pillinger et al., 2017). Wśród chorych w największej grupie ryzyka samobójstwa, cholesterol był wyjątkowo niski:  $3.5 \pm 1.4$  mmol/L (Shrivastava et al., 2017).

Nierzadko wzrost objawów połączony jest to ze wzrostem użycia substancji psychomodulujących (Cannon et al., 2008), skąd bierze się dyskusja na temat tego czy użycie np. marihuany to przyczyna czy skutek zaburzeń.

W literaturze wyróżnia się szereg czynników ryzyka. Ich krótkie omówienie zamieszone jest poniżej.

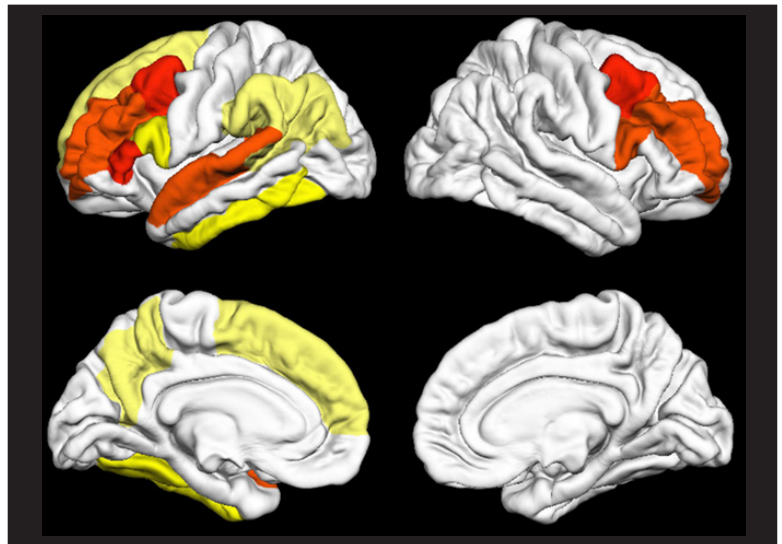
### CZYNNIKI RYZYKA

Pierwszy rok stanu prodromalnego to okres, w którym następuje również największe przyspieszenie diagnoz psychotycznych. Warto zwrócić uwagę na pacjentów, u których występuje

- Ryzyko (epi)genetyczne,
- Uniwersalne czynniki ryzyka (patrz poniżej),
- Niedawny spadek funkcjonowania w szkole, pracy, wśród znajomych,
- Duża ilość zaburzeń treści myśli,
- Wzrost urojeń prześladowczych i paranoidalnych.

WIEK OJCA – niektórzy podają, że im starszy ojciec, tym większe ryzyko. Niestety, jest to prawdziwy statystyczny koszmar: zależność ta zachodzi jedynie, gdy ojciec jest starszy w *chwili splotzenia pierwszego dziecka*. Jeśli nawet jest bardzo stary, ale to jego chociażby drugie dziecko, zależność nie zachodzi. Koszmar pogłębia się w eksploracji przyczynowości. Być może rodzic z mniejszymi zdolnościami społecznymi, a więc i predyspozycją do PPD, nie może znaleźć partnerki przez dłuższy okres? Może wiąże się to z zaburzeniami osobowości albo kognicji? (Petersen et al., 2011). Zależność biologiczna wieku w chwili mejozy z incydencją PPD wydaje się być statystyczną aberracją.

TRUDNE DZIECIŃSTWO – jedne badania mówią, że wpływa negatywnie, inne przeczą temu stwierdzeniu. Znowu pojawia się pytanie o przyczynowość: możliwe, że jest to zmienna zakłócająca genetyki, zdolności społecznych, etc.; debata trwa (Kahn et al., 2015).



RYCINA 3 ↑

Piętnaście regionów, które demonstrują zaburzenia w stanie prodromalnym / PPD w młodym wieku (Greenstein et al., 2012). Reprodukowano z uprzejmą zgodą Frontiers Media.

SPÓJNOŚĆ SPOŁECZNA – incydencja rośnie w miastach, w których występują mniejsze zależności społeczne, np. Londyn (Kirkbride et al., 2007) vs. Nottingham czy Bristol (Kirkbride et al., 2006). Pięcioletnia urbanizacja może przyczynić się do zwiększenia ryzyka o ok. 40% [95% CI +28%,+51%]. Z drugiej strony, pięć lat rustykalnego wychowania zmniejsza ryzyko zachorowalności o ok. 18% [95% CI -33%, -22%], n=1.89 miliona (Petersen et al., 2011). Czynniki koherencji społecznej takiej jak mieszkanie jako mniejszość narodowa (Boydell et al., 2001; Eranti et al., 2013) czy migracja (Cantor-Graae and Selten, 2005), nawet w tej samej rodzinie (Hutchinson et al., 1996), również wpływają na zachorowalność. Może się to brać z powodu alienacji społecznej, mniejszego wsparcia, deprawacji ekonomicznej, etc. Wyjaśnienie może być również prostsze: osoby z PPD lub podobnymi zaburzeniami psychotycznymi mają większą tendencję do migracji, izolacji czy szukania pracy w większym mieście.

MARIHUANA I PODOBNE PREPARATY – Substancje propsychotyczne takie jak amfetaminy, kokaina czy pochodne katynonu („legal highs”, „dopalacze”) produkują objawy podobne do PPD (Murray et al., 2013). Podobnie działa substancja czynna marihuany (delta9-THC) (Morrison et al., 2009). Zazwyczaj, powrót do normalności następuje po zaprzestaniu zażywania neuro-modulatorów. Toteż PDD może wytwarzać się jako nieodwracalna konsekwencja regularnej intoksykacji.

Od czego zależy, czy osoba przyjmująca te preparaty wywoła sobie „odlot”, z którego nigdy już nie powróci? Ryzyko zwiększa się w szczególności u chorych, którzy zaczynają użycie marihuany we wczesnych latach młodzieńczych i tych, którzy używają jej wysokopotentnych wariantów (Di Forti et al., 2009). Szansa na chorobę zależy również od dawkowania (Malaspina et al., 2001).

### ODPOWIEDŹ

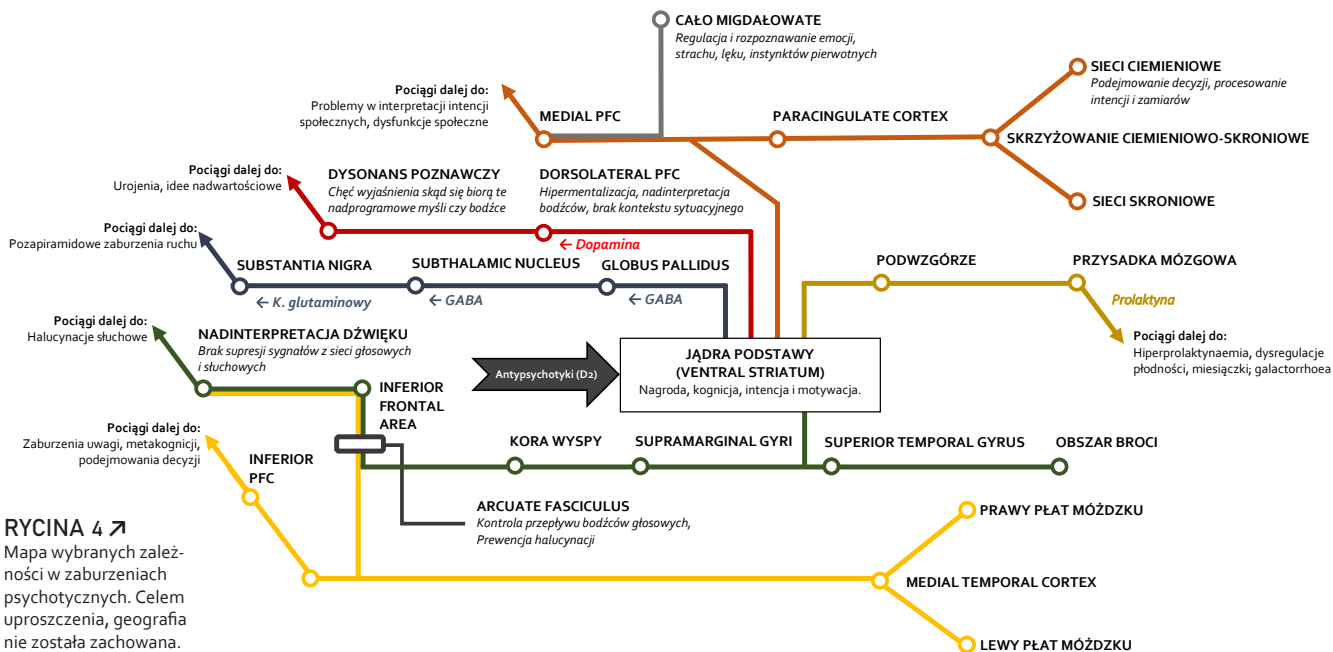
Z POPRZEDNIEJ STRONY:

„Czuję się jak cel uwag innych ludzi” (cel, strzały), „Namówiłem dziewczynę do samobójstwa bo nie miałem języka” (gwóźdź w ustach), „Nie potrafię rozmawiać z innymi ludźmi bo jestem zbyt słaby werbalnie”, „Jestem celem innych ludzi”, „Miłość boli”. **Czyli:** Urojenia persekucyjne, urojenia nihilistyczne, dysfunkcje społeczne, dysfunkcje emocjonalne.



Jakie objawy jesteś w stanie zaobserwować teraz?





**RYCINA 4 ↗**  
Mapa wybranych zależności w zaburzeniach psychotycznych. Celem uproszczenia, geografia nie została zachowana.

Warto zauważyć, że nawet najmniejsze spożycie marihuany powoduje zwiększenie +97% ryzyka psychozy,  $N=66\ 816$  [95% CI +68%,+131%]. Wśród tych, którzy używają tego środka w stopniu najbardziej zaawansowanym, występuje prawie czterokrotnie większe ryzyko PPD (Marconi et al., 2016). Naturalnie, obserwuje się dużą różnorodność w częstości palenia. W jednym badaniu (Henquet et al., 2005), użycie marihuany mniej niż raz w miesiącu nie zwiększało ryzyka psychozy. Za to palenie, które według wielu wydawałoby się sporadycznym, tj. 3-4 razy w ciągu miesiąca, powodowało dodatkowy wzrost ryzyka o ok. +118%.

„Ale przecież ziółko otwiera umysł i polepsza myślenie” – głoszą propagatorzy. Rzeczywistość jest niestety bardziej brutalna (LaFrance & Cutler, 2017). Rzekome poprawienie zdolności kognitywnych jest jedynie ułudą, albowiem mimo posiadania miliona pomysłów na minutę, ich koherencja jest słaba (Kowal et al., 2015). Uszkadzają się również zdolności uwagi, kodowania nowych danych, przeżyć oraz ich asocjacji, czyli powiązania w logiczną całość (Curran et al., 2016).

Sporną kwestią pozostaje związek genetyczny. Możliwe, że osoby z predyspozycją do PPD używają więcej marihuany; być może marihuana wzmacnia wady rozwojowe, które wcześniej nie ujawniały się w zachowaniu chorego. Aby ustalić dokładne aetiologie i patogenezy tej zależności, świat naukowy musi otrzymać wolność badań w tej kwestii. Obecnie jest ona abrogowana przez selektywną politykę antymarihuanową Unii Europejskiej i krajów wspólnotowych. Autorzy podręcznika, zważając na przedłożone dane, sami nie rekomendują spożycia tej substancji. Niemniej jednak, powinno się udzielić dorosłym obywatelom pełni praw autodestrukcyjnych, zgodnie z

rzymską zasadą *volenti non fit iniuria* (chcącemu nie dzieje się krzywda). Zwłaszcza jeśli ten chcący chce robić badania.

## BIOCHEMIA

Mam znakomitą wiadomość dla uczących się z tej książki. Tym razem biochemię można odłożyć na bok, albowiem w PPD nie występują żadne charakterystyczne zmiany w bio, cyto i histopatologii mózgu (Harrison and Weinberger, 2005). Kiedyś uważało się, że niektóre neurony uszkadzają się lub że psychoza jest produktem zmian w gospodarce dopaminą. Nowoczesne badania odsyłają jednak grube rozdziały archiwalnych podręczników na zasłużoną emeryturę. Starszych datą (lub ciekawych) zapraszam do dalszej lektury, młodym studentom udzielał dyspensy; można ze spokojem przejść do konektomii.

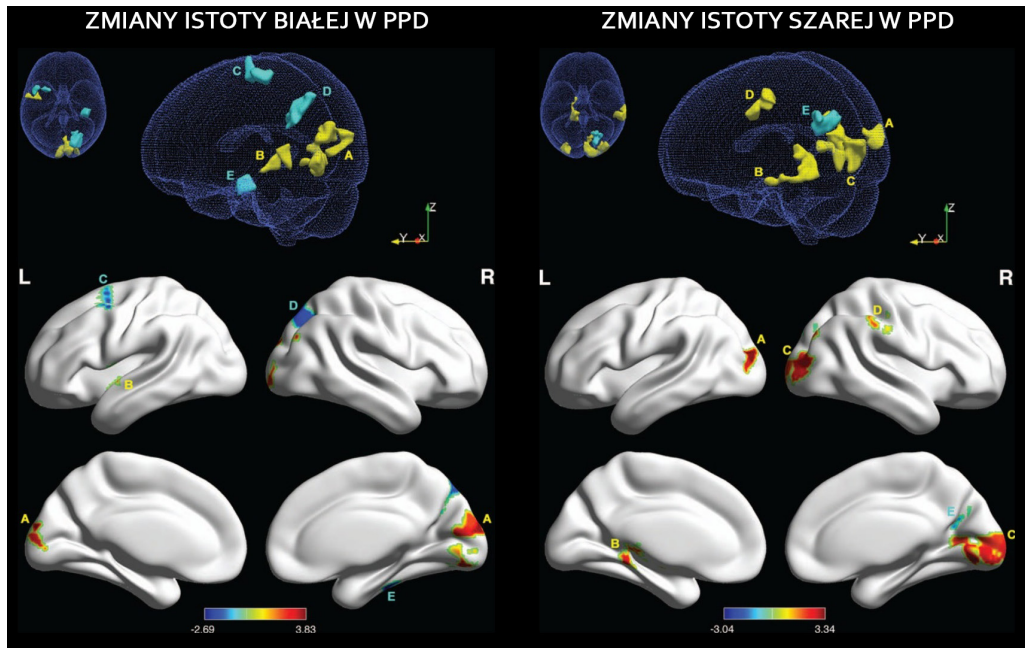
Najnowsze studia komórkowe, neuroprzekazników czy wpływu leków na systemy biologiczne nie zakończyły się wynikami potwierdzającymi uprzednio postulowane w literaturze tezy. Jak wiadać, nie sposób wyjaśnić tak skomplikowanego syndromu klinicznego prostoliniową zależnością (Kahn et al., 2015).

Neuroprzekazniki takie jak GABA, dopamina czy kwas glutaminowy były przez długi czas uważane za kluczowe w patogenezie choroby. W rzeczy samej, wiele danych posiłkowych *post-mortem* wskazuje na zmiany w ich strukturze. Nie ma jednak solidnych dowodów na ich wpływ na rozwój czy przyczynę choroby (Fusar-Poli and Meyer-Lindenberg, 2013). Proponenci teorii dopaminowych wskazują na to, że antagoniści dopaminy są skutecznymi antypsychotykami, a stymulacja tych receptorów powoduje objawy paranoidalne (Kahn et al., 2015). Niestety, badania histopatologiczne czy nawet na poziomie ekspresji receptoro-

**ODPOWIEDŹ Z POPRZEDNIEJ STRONY:**  
„Mój mózg nadaje myśli dość mocno...nie mogę nic z tym zrobić”, „Problem wydawał się być w moim sercu, więc namalowałem olbrzymią masę flaków”, „Gwóźdź w moich ustach pokazuje moją niezdolność społeczną”, „Brak możliwości spędzania czasu z innymi sprawia, że jestem na celowniku innych”  
**Czyli:** Nadawanie myśli, urojenia nihilistyczne, persekucyjne, dysfunkcje społeczne



Jakie objawy jesteś w stanie zaobserwować teraz?



← RYCINA 5

Zmiany w istocie białej i szarej w mózgu osoby chorej na PPD. Obserwuje się redukcję istoty białej (A i B) oraz wzrost w (C–E); redukcję w istocie szarej w (A–D) oraz wzrost w (E) (Lu et al., 2016). Reprodukowano z uprzejmą zgodą Wolters Kluwer.

wych są dość ekwiwokalne w tej sprawie (Akil et al., 2003; Howes et al., 2013; Kaalund et al., 2014).

Zwolennicy teorii molekularnych zwracają również uwagę na receptory NMDA, których blokery, takie jak ketamina, mogą wywołać objawy dysocjacyjne i deficyty kognitywne. Niestety i tutaj psychiatryczny „chłopski rozum” zawodzi. Wyniki badań, które mają za zadanie oznaczenie tych receptorów wykazują zróżnicowane i niekoherentne wzory ekspresji wśród różnych chorych (Hu et al., 2015). Warto zauważyć, że mogą występować znaczne wariacje w podgrupach chorych, a także limitacje producentów odczynników, które nierzadko wpływają na wyniki badań, zarówno potwierdzających jak i obalających teorie molekularne.

## KONEKTOMIA

Ogólna objętość mózgu zmniejsza się po pierwszym ataku psychotycznym. Redukcje obserwuje się w istocie szarej, białej oraz w grubości kor (Haijma et al., 2013). Początkowo atrofia skupia się na korze wyspy (*insular cortex*), *anterior cingulate cortex*, ciele migdałowatym oraz hipokampie (Crossley et al., 2009). Pamiętajmy, że są to obszary odpowiedzialne za procesowanie poznawcze, emocjonalne i kognitywne. W miarę postępowania dysfunkcji, zmiany uogólniają się na cały układ (Kubota et al., 2015) (Ryc.4,5). U osób, których mózgi zmniejszają się w stopniu znacznym, przewiduje się bardziej tragiczny przebieg choroby (Staal et al., 1998).

## 1. LINIA DOPAMINOWA

**Objawy pozytywne** produkowane są przez uszkodzenie sieci procesowania dopaminowego, z jąder podstawy (*ventral striatum*) do płata przedczołowego (*dlpfc*) (Fusar-Poli et al., 2013). Ta bom-

bardowana dopaminą sieć procesowania myślowego i decyzyjnego dokonuje **hipermentalizacji**, tj. **nadinterpretacji** i **nadprocesowania** myśli i bodźców zewnętrznych aparatu poznawczego, bez odpowiedniego umiejscowienia ich w kontekście sytuacyjnym.

Można wysnuć hipotezę, że urojenia biorą się z chęci wyjaśnienia tych dysonansów poznawczych. W pewnej znanej reklamie, urocza agentka ubezpieczalni samochodowej, uśmiechając się z ekranu telewizora, mówi:

„Zadzwoń do mnie, mam dla ciebie specjalną ofertę! Zrób to teraz!”.

Zdrowy człowiek szybko spenetruje zamiary agencji marketingowej i umiejscowi to zawołanie w jego społecznym kontekście. Chory na PPD zaś, może pomyśleć, że ta osoba rzeczywiście do niego mówi; że ta reklama jest rzeczywiście o nim (urojenia ksobne).

## 2. LINIA INTENCYJNA

Na domiar złego, zmniejsza się aktywność sieci intencyjnych, zwykle zlokalizowanych w *paracingulate cortex* i skrzyżowań ciemieniowo-skroniovych (Walter et al., 2009). Oznacza to, że chory ma **problemy z rozpoznaniem intencji społecznych działań i zdarzeń** (te niespołeczne pozostają zachowane!). Na przykład, chorzy nie są w stanie rozpoznać intencji osoby, która przygotowuje romantyczny obiad (dla przypomnienia: chce zrobić coś miłego dla ukochanej), ale są w stanie znakomicie przewidzieć, że rzucona wiatrem piłka uderzy w pobliską szklankę wody (sytuacja niespołeczna).

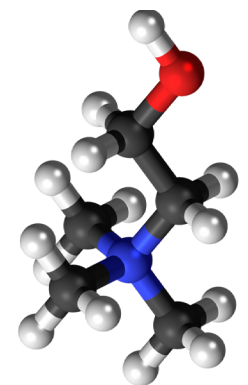
**Urojenia wielkościowe mogą brać się też z deficytów w percepcji czasu.** Jeśli chory nie jest w stanie rozpoznać, że pomiędzy myślą „*chcę posło-*

## ODPOWIEDŹ

### Z POPRZEDNIEJ STRONY:

„Jestem już zmęczony opowiadaniem, co jest na moich obrazach...”, „To tragiczne, że ludzie mnie nie rozumieją.”, „Dalej nadaję myśli”, „Po środku znajduje się coś, o co najbardziej się martwię”, „Czuję się upokorzony”, „Ludzie się ze mnie śmieją”

**Czyli:** Jest to już ostatnia część, choroba osiągnęła stabilizację z dominacją objawów negatywnych: anergia, obniżony afekt, wycofanie społeczne, przewaga urojeń nihilistycznych.



Model molekuly choliny: węgiel na czarno, wodór na bialo, tlen na czerwono, azot na niebiesko. Reprodukowane z uprzejmości Wikimedia (Jynto).

## MYK NAUKOWY

### OBJAWY SCHNEIDERA

Pierwszorządowe objawy schneiderowskie to:

- Urojenia: kontrolowania, wycofania, insercji, nadawania myśli
- Halucynacje: głosowe komentujące myśli lub działania, nakazujące.

Obecnie od tej klasyfikacji powoli się odchodzi (patrz: ICD-11)



*dzić herbatę*” a czynnością słodzenia tej herbaty występuje przerwa czasowa (np. na sięgnięcie po cukierniczkę), może mieć iluzję, że ma moce nadprzyrodzone (Ciullo et al., 2016; Peterburs et al., 2013; Su et al., 2015).

Wszak pomyślał o posłodzeniu herbaty, a tu wnet już jest ona słodka! Jak inaczej to wytłumaczyć? Zapewne byciem kimś o nadnaturalnej mocy, a przynajmniej nadzwyczajnej proveniencji. Na nic zdałby się lekarz, próbujący wyjaśnić, że takie procesy nie zachodzą, skoro chory sam to widział! Takie przekonania nazywamy w psychiatrii **urojeniami wielkościowymi**.

### 3. SIECI KONTROLI DŹWIĘKOWEJ

Dalej obserwuje się również aktywację sieci audytoryjnych i procesowania głosu – od prawego homologu obszaru Broca (czyt. Broki) do *inferior frontal area* (Sommer et al., 2008). Stąd tak znane w PPD **halucynacje słuchowe**. Warto jest jednak zaznaczyć, że ok. 13.2% zdrowej populacji wytwarza halucynacje słuchowe w stanie niepsychotycznym (tj. całkowicie normalnym) (Beavan et al., 2011). Skąd taka zależność? Otóż problem leży nie w systemach procesowania głosów, ale w ich kontroli. W normalnym stanie, sygnały, które np. nadinterpretują bodźce słuchowe lub wysyłają fałszywe dane, są po prostu wyciszane. Supresja „słyszenia głosów” jest zaburzona u ludzi zarówno z PPD jak i zdrowych, którzy cierpią na halucynacje (de Weijer et al., 2013). Występuje to też w wielu innych chorobach mózgu, takich jak PTSD czy Parkinsonizm (Waters et al., 2018).

### 4. SIECI NAGRODY I REGULACJI EMOCJONALNEJ

Powróćmy do jąder podstawy. W *ventral striatum* znajdziemy kolejny defekt systemu dopaminowego (de Weijer et al., 2013) i sieci emocjonalnych przebiegających przez ciało migdałowate i płat przedczołowy (Juckel et al., 2006) (omówione szczegółowo w rozdziale o zaburzeniach limbicznych). Podobnie jak w chorobach lękowych, brak możliwości odpowiedniego rozpoznania emocji złości czy strachu przyczynia się do **szerokich dysfunkcji społecznych** (Rasetti et al., 2009).

### 5. SIECI WYKONAWCZE I DECYZYJNE

Osoby z PPD mają problemy w zadaniach wymagających **procesowania wykonawczego, zmiany uwagi, metakognicji** (tj. własnej percepcji swojej pamięci i procesu myślowego) czy **podejmowaniu decyzji** (zwłaszcza pochopność, impulsywność). Sieci uwikłane w te dysfunkcje *oplatają inferior prefrontal cortex, medial temporal cortex* i lewy płat mózdzku (Achim and Lepage, 2005; Brunet-Gouet and Decety, 2006). Podobne deficyty obserwuje się w innych chorobach zaburzeń lękowych czy samobójstw. Dawkowanie antypsychocy-

tyków powoduje też zaburzenie sieci ruchowych oraz sieci hormonalnych.

## OBJAWY ZABURZEŃ

Znakomita większość osób chorych na PPD nie różni się niczym w swoim wyglądzie czy zachowaniu od osób znajdujących się na tzw. **szerszym spektrum normalności psychiatrycznej**.

### OBJAWY POZYTYWNE (WYTWÓRCZE)

UROJENIA: silne, fałszywe, niepodatne na perswazje przekonania

*Związane z myślami:*

- Insercji myśli (*thought insertion*),
- Nadawania myśli (*thought broadcasting*),
- Wycofania myśli (*thought withdrawal*),
- Kontrolowania przez siły zewnętrzne (*delusion of control, passivity phenomena*).

*Pierwotne (niesprowokowane, „znikąd”):*

- Urojenia wielkościowe w tym bogactwa, misji (*grandiose delusions*),
- Urojenia prześladowcze, persekucyjne (*persecutory delusions*),
- Ksobne, odnoszenia (*delusions of reference*),
- Zdrady i zazdrości (*delusions of jealousy*).

*Wtórne (mylna interpretacja postrzegania):*

- Urojenia wielkościowe wtórne do prześladowczych: *skoro tak wszyscy mnie gonią, to znaczy, że muszę być jakiś ważny, muszę mieć specjalną moc!*
- Urojenia na podstawie percepcji: wiara, że normalne bodźce wzrokowe, słuchowe, czuciowe mają specjalne znaczenie lub za czymś przemawiają.

### DEZORGANIZACJA WYPOWIEDZI

- Wykolejenie,
- Nadprodukcja myśli,
- Presja mowy.

### ZABURZENIA PERCEPCJI

- Halucynacje głosowe (trzecioosobowe komentujące, nakazujące),
- Halucynacje wzrokowe,
- Halucynacje czuciowe, smakowe, etc.

### OBJAWY NEGATYWNE

- Spłaszczony afekt: (brak reakcji na dobre lub złe wydarzenia), obniżony afekt (depresja),
- Redukcja mowy, wyciszenie, mutyzm,
- Brak inicjatywy, ambiwalencja,
- Wycofanie się z rzeczywistości i skupienie na przeżyciach wewnętrznych.

### OBJAWY AFEKTYWNE

- Obniżony / spłaszczony afekt (jak wyżej),
- Podniesiony afekt, podobny do manii, zwłaszcza w ostrej psychozie.

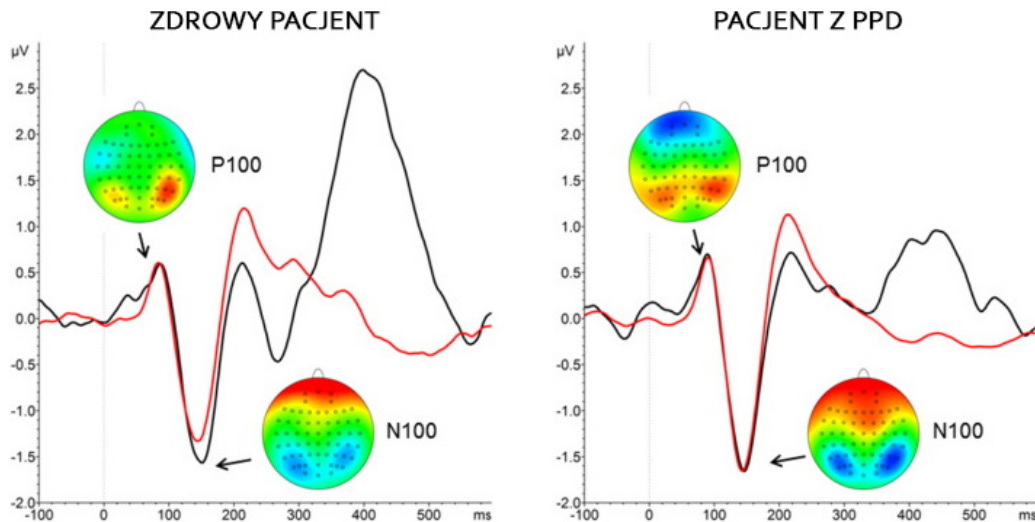
## MYK NAUKOWY

### KLASYFIKACJA BLEULERA

To objawy „osiowe” (4A): asocjacja, afekt, ambiwalencja, autyzm (tj. formalne zaburzenia myślenia, spłycenie afektu, niejednorodność przeżywania, wycofanie z rzeczywistości). Symptomy dodatkowe to urojenia, halucynacje, katatonie, zaburzenia pamięci i inne.



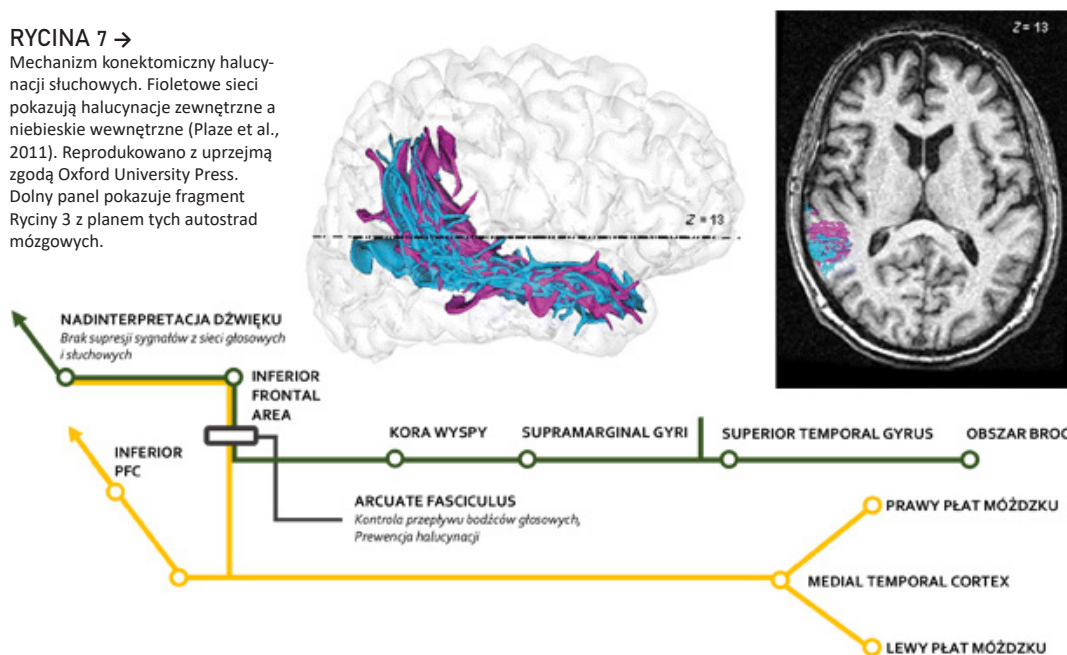




← RYCINA 6 Potencjały na elektroencefalografie (EEG) pokazujące różnice w oscylacjach mózgu u osób z PPD vs. zdrowych partycypantów. Event-related potentials (ERPs) w stanach P100 i N100, z elektrod P5, P7, PO7, P6, P8 i PO8, wykreślone na mapie topograficznej mózgu (nos u góry). ERP na czarno = target, na czerwono = nontarget (Wynn et al., 2015). Reprodukowano z uprzejmą zgodą Elsevier.

RYCINA 7 →

Mechanizm konektomiczny halucynacji słuchowych. Fioletowe sieci pokazują halucynacje zewnętrzne a niebieskie wewnętrzne (Plaze et al., 2011). Reprodukowano z uprzejmą zgodą Oxford University Press. Dolny panel pokazuje fragment Ryciny 3 z planem tych autostrad mózgowych.



**OBJAWY MOTORYCZNE**

- Rozbudzenie psychomotoryczne,
- Wycofanie, spowolnienie ruchowe,
- Katatonia (paraliż ruchowy).

**OBJAWY KOGNITYWNE**

- Deficyty prędkości przetwarzania informacji,
- Zaburzenia koncentracji i uwagi,
- Patologiczne postrzeganie siebie,
- Problemy z orientacją,
- Braki w pojmowaniu pojęć abstrakcyjnych,
- Zaburzenia pamięci: słuchowej, wzrokowej, pracującej.

**ROZPOZNANIE RÓŻNICOWE**

Pierwotne zaburzenie psychiatryczne historycznie diagnozowało się jako „schizofrenię”. To pojęcie widnieje jeszcze w ICD-10 lub DSM-V, ale powoli odchodzi się od niego w nowszych wersjach podręczników, np. ICD-11 (Reed et al., 2019). Schizofrenia nie jest też jedyną diagnozą pierwotnej psychozy.

**F20.0 SCHIZOFRENIA PARANOIDALNA**

To choroba diagnozowana na podstawie stabilnych i uporczywych objawów wytwórczych: urojeń i bardzo często halucynacji, przede wszystkim słuchowych. Pozostałe objawy PPD mogą również występować w tej odmianie.

Dalsze podziały i definicje „schizofrenii” według ICD-10 czy DSM-V nie mają większej podstawy biologicznej, dlatego też w ICD-11 podział ten nie będzie już występował. Dla skrótu klinicznego można przyjąć, że: **F20.1 SCHIZOFRENIA HEBEFRENICZNA** to rodzaj PPD, w którym dominującą cechą jest dezorganizacja i dziwaczność zachowań (stąd: typ zdeorganizowany w DSM-V). **F20.2 SCHIZOFRENIA KATATONICZNA** to rzadsza odmiana, w której chory przede wszystkim zalega w stuporze, paraliżu i blokadzie. **F20.6 SCHIZOFRENIA PROSTA** cechuje się dominacją objawów negatywnych i spłylenia zachowań społecznych. Aby zdiagnozować schizofrenię, objawy muszą występować przez

**MYK KLINICZNY DLACZEGO NIE BIERZE LKÓW?**

Problemy z adherencją lekową mogą brać się z różnych przyczyn, np. dużych efektów ubocznych (zmień lek), brak wiedzy (poinformuj) lub dezorganizacji (rozważ zastrzyki).

## MYK KLINICZNY SZYBKE UNIERUCHOMIENIE



W znakomitej większości przypadków, chorych agresywnych lub z zagrażających swojemu życiu można uspokoić słownie lub przez przeniesienie tymczasowo do pokoju z mniejszą ilością stymulacji (tzw. de-eskalacja, nie mylić z izolacją).

Podczas takich napadów, zdrowie i życie chorego są poważnie zagrożone. Dlatego właśnie warto jest objąć ich szczególnie i częstą opieką lekarską.

### NIE POWINNO SIĘ:

- Wiązać lub fizycznie unieruchamiać pacjentów (ryzyko śmierci),
- Używać dużych dawek antypsychotyków na „zbiecie” psychozy,
- Używać dużych dawek antypsychotyków, zwłaszcza jeśli „dodanie” leku uspokajającego przekracza 100% dziennej,
- Używać haloperidolu jako leku pierwszego wyboru (Taylor et al., 2018). Więcej informacji w sekcji RAPID TRANQ.

co najmniej miesiąc. Co zatem zrobić, jeśli objawy występują przejściowo? Wówczas możemy zdiagnozować **F23 OSTRE I PRZEMIJAJĄCE ZABURZENIA PSYCHOTYCZNE**. W praktyce F23 jest grupą dość zróżnicowaną i zawiera przypadki nietypowe i trudne do uchwycenia innymi kryteriami.

Kolejnym problemem jest samo nazewnictwo. Wpisywanie diagnozy „schizofrenii” przy obecnym w społeczeństwie obciążeniu kulturalnym może być wyjątkowo nieuczciwe wobec chorych, którzy np. będą mieli swój pierwszy epizod psychozy i świetnie sobie z nim poradzą. Toteż większość woli być przypadkiem „nieokreślonym”: **F29.0 NIEOKREŚLONA PSYCHOZA NIEORGANICZNA** niż schizofrenikiem. Mimo że nie jest to praktyka zgodna z instrukcjami diagnostycznymi.

### F21.0 ZABURZENIE SCHIZOTYPOWE

To bardziej przewlekła wersja choroby, w której występują jedynie niektóre elementy F20, ale nie można ustalić pełnej diagnozy. Podobny syndrom to **F22.0 UPORCZYWE ZABURZENIE UROJENIOWE**, w którym dominują głęboko zakorzenione urojenia.

### F25.0 ZABURZENIA SCHIZOAFEKTYWNE

To choroba, w której występuje mieszanka objawów psychotycznych i afektywnych, ale nie ma wystarczającej ilości dowodów, aby ustalić jakąkolwiek inną diagnozę. Na przykład, mogą mieć przewlekłe podniesiony afekt, ale za mało, aby ustalić manię; obniżone zdolności poznawcze, ale nie na tyle, aby zdiagnozować F20. Przykład:

*Karol jest 46 letnim elektrykiem; jest dobrze znany w środowisku opieki psychiatrycznej, albowiem boryka się z mieszanką problemów od ponad 6 lat. Koledzy z pracy uważają go za „nieco ekscentrycznego, ale nieszkodliwego”. Pamiętają przypadki, gdy po ukończeniu pracy wychodził na dach wieżowca, aby komunikować się z kosmitami. Twierdził, że potrafi dobrze nakierować „promieniowanie elektryczne” na sygnały pozaziemskie. W drodze do domu szarżował głównymi arteriami miasta, za co otrzymał mandat. Mówił, że to dowód na spisek policyjny. Przez dwa następne tygodnie o Karolu nie było prawie słycać, aż na kolejnej imprezie upił się w sztok i rozbił szklaną butelkę o kawiarniany stółik. „Życie nie ma sensu” – mówił – „Wszystko jest bez sensu... nie czuję, żebym był komukolwiek potrzebny. Jestem do niczego, nic nie sprawia mi radości...”*

Rozpoznanie różnicowe w pierwszym epizodzie psychotycznym omówione są na Rycinie 8.

## INSTRUMENTY POMIAROWE

Na szczęście, oprócz długich wizyt i wywiadów, które zazwyczaj zajmują 90 minut i wymagają solidnego treningu i certyfikacji psychiatrycznej, np. SIPS (Miller et al., 2003), na rynku pojawiają się kwestionariusze autoadministracyjne. Instrumenty takie jak EPSI-SR, PQ-B czy EPS-26 potrafią przewidzieć stan ryzyka bez olbrzymich nakładów finansowych (Brodey et al., 2019). Do tego stosuje się skale objawów w psychozie (pozytywnych i negatywnych) np. PANNS, SAPS, BPRS czy skale globalne CGI-SCH. Można użyć kwestionariuszy z pogranicza innych chorób np. kognitywnych (MoCA).

## PREWENCJA

Dowody przedstawione poniżej wskazują, że zatrzymanie progresji choroby na jej osi czasu daje najlepsze szanse na normalne funkcjonowanie pacjenta.

## SUPLEMENTACJA W CIĄŻY

Ross i współpracownicy zaproponowali suplementację choliny (prekursora receptorów  $\alpha 7$ -nikotynowych odpowiedzialnych za zdolności poznawcze w PPD). Po 33 dniach od narodzin, 76% noworodków posiadało całkowicie zdrowe zdolności *inhibicji odpowiedzi* (tj. ważnej funkcji mózgu badanej przez reakcję na dźwięki). Liczba zdrowych w grupie placebo wynosiła 43% (Ross et al., 2013). Co ciekawe, cholina niwelowała również negatywny wpływ defektów genetycznych.

Jak przekłada się to na późniejszy rozwój? Zmiany w inhibicji dźwiękowej są silnym predyktorem wad rozwojowych mózgu, w szczególności deficytu uwagi w wieku 4 lat i późniejszych zaburzeń psychotycznych (Rapoport, 2013). Koszt choliny to niecałe sześć i pół złotego na miesiąc, czyli o połowę mniej niż amerykański kebab na cienkim cieście z baraniną (*Al-Tuba, Zielona Góra, niesponsorowany*). Warto zauważyć, że w samym kebabie cholina również występuje. Podczas przyjmowania substancji, nie obserwuje się znacznych efektów ubocznych. Suplementacja jest również łatwa do zaordynowania, *per analogiam* do obecnie stosowanego dodatku kwasu foliowego.

## OPIEKA GINEKOLOGICZNA, POŁOŻNICZA I NEUROCHIRURGICZNA

Kolejne interwencje neuroprotektoryjne to, między innymi (Jelin et al., 2016):

- Prewencja przedwczesnych narodzin (np. progesteron w problemach szyjki macicy, prewencja infekcji),
- Monitoring rozwoju dziecka na USG i kontrola lekarza specjalisty w restrykcji rozwoju, stanie przedrzucawkowym, cukrzycy ciąży i innych,

- Siarczan magnezu dla matek, które mają urodzić przed 37 tygodniem (na 40). Może to dać szansę na ponad +33% mniejsze komplikacje porażenia mózgowego u dziecka,  $N=6145$  [95% CI +46, +13] (Doyle et al., 2009). 25 kilogramów siarczanu magnezu kosztuje 37 złotych (45.99 z dostawą!),

- Opóźnione zaciskanie pępowiny po narodzeniu, tj. odczekanie przynajmniej 30 sekund (a najlepiej 60). Zabieg ten zmniejsza ryzyko dokomorowego wylewu krwi o połowę. Dłuższa, 60-75 sekundowa przerwa polepsza funkcje kognitywne i motoryczne, z lepszymi wynikami neuroprotekcji i szkodliwej dla noworodka anaemii.

- Schładzanie dzieci z hipoksyjną-niedokrwinną encefalopatią (choć protokoły się różnią i długość podlega debacie), oferuje przynajmniej +25% szansy na uniknięcie powikłań neurologicznych.

- DRIFT (*DRainage, Irrigation and Fibrinolytic Therapy*), czyli terapia drenażu, irygacji i fibrynolizy. Polega ona na neurochirurgicznym zabiegu leczenia wylewu dokomorowego u noworodków. Po dziesięcioletniej obserwacji dzieci, które przeszły ten zabieg, prawdopodobieństwo życia bez poważnego defektu kognitywnego wynosiło +9 000% (tak, słownie, dziewięć tysięcy procent),  $N=52$ , OR 10.0 [95% CI 2.1, 46.7] (Luyt et al., 2019). W chwili obecnej, ta pionierska operacja wymaga specjalistycznej wiedzy i umiejętności. Początkowa analiza pokazała koszty w postaci 49 439 złotych (NFZ zdecydowałby się na refundację). Z powodu na dużą skuteczność, u niektórych dzieci można nawet osiągnąć kilkutyśiętną oszczędność (na zmniejszonych kosztach komplikacji perinatalnych).

Naturalnie, nie ma jeszcze studiów, które pokazałyby bezpośredni wpływ wyżej wymienionych na zachorowalność PPD (np. dzieci z ramienia DRIFT mają dopiero 10 lat! Objawy zaczynają się ok. 20 roku życia). Być może część okaże się bardziej efektywna od innych.

Prewencja urazów głowy, dobra opieka pedagogiczna oraz neurochirurgiczna dzieci w okresie rozwoju neuropsychiatrycznego również mają duży wpływ na przeciwdziałanie PPD. Tak, jak opisana wcześniej prewencja spożywania marihuany.

## W STANIE WYSOKIEGO RYZYKA

Jeśli nie udało się zwalczyć choroby do okresu adolescencji, należy skupić się na wykryciu stanu wysokiego ryzyka. Zajmuje to mniej niż 30 sekund w pytaniu screeningowym, np.:

„Czy widziałeś lub słyszałeś rzeczy, których tam nie było?”, „Czy ludzie mówią czasami, że masz niecodzienne lub dziwne myśli/zachowania?”

Nie ma przeważających dowodów na wybraną formę wczesnej interwencji; każda, która jest skierowana na specyficzną populację, ma lepsze wyniki niż ogólne, nienacelowane zabiegi (Preti and Cella, 2010).

## SAMOBÓJSTWO

Ryzyko samobójstwa w pierwszym roku objawów jest ponad 12 razy większe (Courtet, 2018). Jest to też najczęstszy zabójca osób z PPD w początkowym okresie zachorowania. Aby temu przeciwdziałać, należy wprowadzić plan prewencji według zaleceń w rozdziale o samobójstwach i samookaleczeniach.

## LECZENIE W PRODROMIE

ANTYPSYCHOTYKI: nie są skuteczne w stanie wysokiego ryzyka (McGlashan et al., 2006; McGorry et al., 2002). Używanie rysperydonu i CBT chroni przed psychozą w pierwszych 6 miesiącach, ale do 12 miesięcy efekty nie są już tak znakomite (Marshall and Rathbone, 2011).

OMEGA-3: Preparaty te są skuteczne w prewencji progresji do psychozy (Preti and Cella, 2010). Kolejne badania wskazują, że wystarczy podanie leku 4 pacjentom, aby uniknąć jednej dodatkowej konwersji do psychozy (Amminger et al., 2010), Polepszają się również objawy pozytywne, negatywne i ogólnego funkcjonowanie. W badaniach nie uwidoczono różnicy w efektach ubocznych vs. placebo. Miesięczna kuracja w dawkowaniu 1.2g/dzień kosztuje niecałe 3 i pół złotego. Skończyły mi się kebaby, do których można porównać ten lek.

INTERWENCJE KRYZYSOWE: Ten typ prewencji (w tym: leczenie w domu, opieka środowiskowa) może sprawdzać się w redukcji kolejnych przyjęć do szpitala o 1/4,  $N=369$  [95%CI 0.50,1.13]. Kuracje domowe redukują obciążenia dla rodziny o ok. 2/3,  $N=120$  [95%CI 0.20,0.59] i podnoszą satysfakcję z leczenia. Nie zmieniają niestety śmiertelności (Murphy et al., 2015).

WSPARCIE PSYCHOLOGICZNE: Nie ma danych wysokiej jakości, aby wesprzeć użycie CBT w prewencji samobójstwa, terapii zorientowanej na potrzeby czy mieszanek terapii z lekami antypsychotycznymi. Terapia rodzinna jako dodatek może w niektórych przypadkach być korzystna (Marshall & Rathbone, 2011). Wczesne skierowanie do świadczeń specjalistycznych wiąże się z większą satysfakcją pacjenta i potencjalnie lepszymi wynikami w średnim zasięgu (1 rok – 2 lata), ale nie zmieniają ilości samobójstw (Marshall and Rathbone, 2011).

## LECZENIE KONSERWATYWNE

Zwolennicy RWE pewnie zaśmieją się z tego, że ktoś przeprowadził meta-analizę terapii konser-



### MYK KLINICZNY W KRWIOŻERCZYM UŚCISKU

Stan katatonii (zamrożenia) jest nagłym, bezpośrednio zagrażającym życiu syndromem. Należy w szczególności zadbać o częsty monitoring i prewencję zatorowości płucnej. Co ciekawe, lorazepam może pomóc w znieniu tego stanu. Jak środek uspokajający podrywa kogoś do działania? Być może dzieje się to przez dysinhibicję: benzodiazepina pozwala poluzować ten śmiertelny uścisk choroby. Jeśli to nie pomaga, należy sięgnąć po ECT. Śmiertelność nieleczzonej katatonii to ok. 30% (Wilcox & Duffy, 2015).



## MYK NAUKOWY

### TERAPIA RODZINNA

Terapia rodzinna wysokiej jakości może być efektywnym sposobem na polepszenie stanu ogólnego chorych oraz na prewencję nawrotu choroby czy przyjęcia do szpitala, zwłaszcza w terminie dwuletnim. Terapia rodzinna >5 sesji vs. zwykłe leczenie uzyskała RR 0.64, n=1019 [95%CI 0.55,0.75](Pharoah et al., 2010). Zważając jednak na koszty czasowe i logistyczne, tam, gdzie terapia wysokiej jakości jest niedostępna, chorym powinno oferować się inne leczenie.

## MYK KLINICZNY

### NMS

Objawy kardynalne NMS to silna sztywność mięśni, wysoka temperatura (>38 °C), niestabilność autonomiczna i zmiany w poziomie świadomości.

Syndrom następuje zazwyczaj w ciągu 4-14 dni od rozpoczęcia terapii (90% w ciągu 10 dni). Jego rozwój trwa ok. 3 doby. Najczęstsze zmiany na badaniach krwi to zwiększona kinaza kreatyninowa i leukocytoza.

### PRIORYTETY

#### LECZENIA:

- Zatrzymaj antypsychotyk,
- Rozpocznij chłodzenie, np. poprzez specjalne koce,
- Kontroluj bezpieczeństwo pacjenta (jak na filmie),
- Monitoruj i przyjęcie na oddział intensywnej terapii.

watywnej vs. farmakologicznej w PPD. Naturalnie, nawet dowody niskiej jakości pokazują, że chorzy potrzebują interwencji antypsychotycznej (Buckley et al., 2015). Nie samymi przeciwpsychotykami żyje człowiek, więc po odpowiednim ustaleniu dobrej dawki, warto sięgnąć po...

### INTERWENCJE SPOŁECZNE

Pomoc w sytuacji mieszkaniowej i materialnej dla chorych na PPD musi być stosowana uważnie. Z jednej strony daje to pacjentom większy spokój i bezpieczeństwo. Z drugiej jednak może powodować większą społeczną dysfunkcję i zbyt duże poleganie na świadczeniach społecznych. Nie ma przekonujących badań w tej sprawie (Kinoshita et al., 2013).

### AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA

Jakakolwiek aktywność ruchowa (niekoniecznie intensywne ćwiczenia czy kosztowne programy – spacerów również są efektywne!) sprzyja olbrzymim zmianom na instrumentach pomiarowych, mimo małych rozmiarów badań. Mediana polepszenia symptomów negatywnych na MHID to 17.50, n=10 [95%CI 6.70,28.30], PANSS -8.50, n=10 [95%CI -11.11, -5.89]. Polepszają się również wskaźniki zdrowia ogólnego, mimo że nie zawsze widać zmiany w masie ciała (Gorczyński and Faulkner, 2010).

### PSYCHOTERAPIA

Leczenie i wsparcie psychologiczne mogą być trudne logistycznie, szczególnie w okresie ostrej psychozy.

### ARTETERAPIA

Istnieje trochę dowodów na działanie arteterapii w leczeniu PPD na ogólny stan umysłu. Nie ma jednak znacznych różnic w funkcjonowaniu społecznym czy ogólnej jakości życia (Ruddy and Milnes, 2005). Muzykoterapia, jako adiunkt, może polepszyć stan ogólny, objawy negatywne i funkcjonowanie społeczne (Geretsegger et al., 2017).

### TERAPIA BEHAVIORALNA I PSYCHODYNAMICZNA

Techniki odwodzenia swojej uwagi od psychozy czy zmiany zachowania w jej trakcie okazują się mało skuteczne (Crawford-Walker et al., 2005). Nie mają dowodów na długotrwałe działanie czy reprodukowalnych dowodów na małą, chociażby, poprawę objawów negatywnych w terapii behawioralnej (McMonagle and Sultana, 2000) czy psychodynamicznej (Malmberg et al., 2001).

### TERAPIA ZAJĘCIOWA

Profesjonaliści ochrony zdrowia prowadzący interwencje z obszaru dostosowania społecznego i umiejętności życia codziennej mają na pewno

bardzo dobre intencje. Niestety, na zabiegi takie nie ma dowodów i prawdopodobnie, wobec kosztów, powinniśmy przestać je stosować (Tungpun-kom et al., 2012).

### TERAPIA KOGNITYWNO-BEHAWIORALNA

CBT jest dobrą metodą leczenia psychologicznego w objawach pozytywnych PPD. Nie ma jednak znacznych różnic w śmiertelności, przyjęciach do szpitala czy funkcjonowaniu społecznym (vs. inne psychoterapie) (Jones et al., 2018). Do tego stosowanie CBT w psychozie jest niezwykle rzadkie i wymaga olbrzymich umiejętności specjalistycznych terapeuty. Toteż powinno być zarezerwowane dla najcięższych przypadków.

### LECZENIE MEDYCZNE

Zrozumienie priorytetów leczenia, wspólne ustalanie (z pacjentem!) wyboru preparatu czy dyskusje rodzinne są niesłychanie ważne w kuracji PPD.

### ANTYPSYCHOTYKI

Leczenie przeciwpsychotyczne jest główną osią farmakoterapii PPD. Wyróżniamy tu zazwyczaj dwie grupy leków: pierwszej i drugiej generacji, czasami ze względów marketingowych nazywanymi „typowymi” i „atypowymi”. Definicja rozdziału jest arbitralna, jako że większość z tych leków to strzelanie na ślepo z karabinu maszynowego we wszystkie receptory, jakie tylko się napatoczą, w nadziei, że dana kombinacja jakoś zadziała.

Co do zasady, leki pierwszej generacji powodują objawy neurologiczne (np. zaburzenia ruchu). Leki drugiej generacji tworzą zaś objawy metaboliczne (np. przyrost masy ciała). Algorytm diagnozowania i leczenia chorób psychotycznych zilustrowany jest na rycinach 8-10. Dekalog prowadzenia terapii antypsychotycznej wyglądają następująco:

#### I. NIE BĘDZIESZ MIAŁ ULUBIONYCH ANTYPSYCHOTYKÓW PRZED MNĄ:

efektywność leków drugiej generacji jest w większości taka sama, poza specjalistycznymi wyjątkami (Taylor et al., 2018). Ich wybór powinien zależeć od profilu efektów ubocznych i preferencji chorego.

#### II. NIE BĘDZIESZ BRAŁ IMIENIA OPORNOŚCI LEKOWEJ NADAREMNIE:

ferowanie wyroku o skuteczności leku powinno odbyć się po przynajmniej miesiącu dobrze stosowanej terapii na optymalnym poziomie dawkowania.

#### III. PAMIĘTAJ, ABYŚ WOLEŁ PACJENTA ŚWIĘCIŁ:

udokumentuj cele indywidualne pacjenta – co chce osiągnąć przez terapię? Które efekty uboczne może najbardziej tolerować.

#### IV. CZCIJ RECEPTĘ SWOJĄ:

zaczynj od najmniejszej przewidywalnej dawki. Następnie

zwiększaj ją sukcesywnie co 2 tygodnie, jeśli dalej nie udało się osiągnąć efektu terapeutycznego.

**V. NIE PRZESADZAJ:** mniejsze dawki bywają bardziej skuteczne pod względem objawów negatywnych lub w pierwszej psychozie. Za to ultra małe dawki bywają bezzużyteczne (Li et al., 2009).

**VI. KONTROLUJ:** użycie wielu leków wymaga kontrolowania pacjenta pod względem kilku parametrów (więcej o tym później).

**VII. NIE ZGADUJ:** odpowiedź na leczenie powinna być udokumentowana i najlepiej oceniona na instrumentach naukowych (np. PANSS).

**VIII. NIE MÓW FAŁSZYWEGO ŚWIADECTWA PRZECIWIW POZ-TOWI SWOJEMU:** komunikuj zmiany w farmakoterapii klarownie i transparentnie. Tyczy się to zarówno pacjenta jak i jego lekarza rodzinnego.

**IX. NIE POŻĄDAJ DAWKI SWOJEJ:** recepty PRN powinny być przeglądane przynajmniej co 7 dni, aby przeliczyć procentowość i sprawdzić, czy całodobowa dawka nie przekracza dozwolonej.

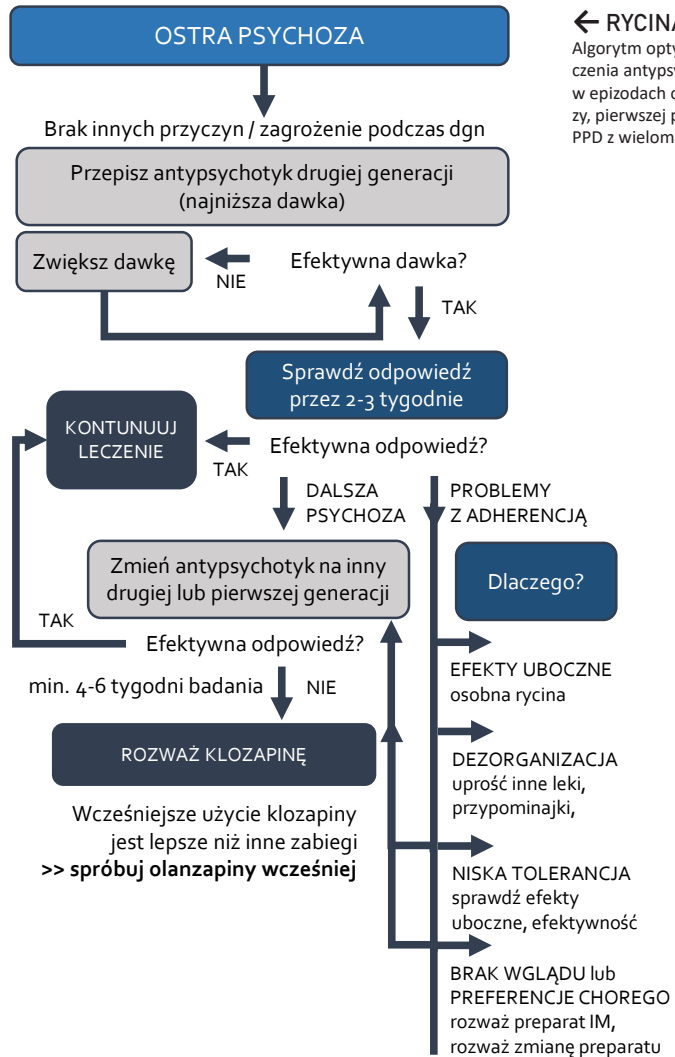
**X. ANI ŻADNEJ RZECZY KTÓRA JEGO JEST:** jeśli pacjent jest dobrze kontrolowany na kilku lekach, daj mu je brać w spokoju. Jest to lepsze niż pryncypialne usuwanie ich, w imię złotego cielca monoterapii (Ortiz-Orendain et al., 2017). Polipragmazja jest, oczywiście, niekorzystna, ale można jej uniknąć przez zmiany leku podstawowego, a nie dodawanie kolejnych (nie działających wg EBM!) leków na efekty uboczne.

**EFEKTY UBOCZNE**

Działania niepożądane leków szereguje się ze względu na uwikłany receptor:

- Dopaminowe: hiperprolaktynaemia, objawy pozapiramidowe, np. dystonia [w ciągu godzin], akatyza [godziny-dni], parkinsonizm [dni-tygodnie], dyskineza [miesiące-lata],
- Serotoninowe: zaburzenia lękowe, zaburzenia snu, przyrost masy ciała, cukrzyca, hipercholesterolemia,
- Histaminowe: sedacja (czasami pożądana), przyrost masy ciała,
- Adrenalinowe: ortostatyczna hipotensja, tachykardia, zaburzenia seksualne,
- Cholinergiczne: suchość w ustach, rozmazane widzenie, zatwardzenie,
- Wszystkie mogą spowodować NMS: Złośliwy Zespół Neuroleptyczny (z ang. *neuroleptic malignant syndrome*), czyli stan nagły zagrożenia życia, omówiony później.

Rozwiązaniem permanentnym tych problemów nie jest dodawanie kolejnego leku, ale zmiana



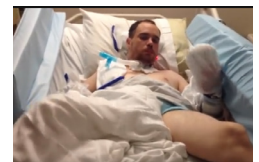
**RYCINA 9**  
 Algorytm optymalizacji leczenia antypsychotycznego w epizodach ostrej psychozy, pierwszej psychozy lub PPD z wieloma epizodami.

dawki lub preparatu! Podawania antycholinergików (np. procyklidyny) na dyskinezę pogarsza objawy, a jej stosowanie długotrwałe, tak jak przepisywanie beta-blokerów czy benzodiazepin, nie ma poparcia na działanie w dowodach klinicznych (Rathbone and Soares-Weiser, 2006). A zaprawdę powiadam, że każdy nowy lek to nowe interakcje i nowe efekty uboczne!

Niestety, ponad połowa chorych nie stosuje się do swojej terapii. Interwencje nakierowane na adherencję (np. motywacja, zachęcanie, rozmowy, etc.) nie działają w dłuższym okresie (McIntosh et al., 2006). Dlatego u pacjentów z wysokim ryzykiem niebrania leków, warto jest zastosować podawanie leków np. w postaci długotrwałych zastrzyków IM (depot). Podawanie leku w postaci depotu nie powoduje różnicy vs. przyjmowanie ich doustnie. Istnieje trochę dowodów niskiej jakości na to, że depot zwiększa masę ciała, względnie prolaktynę (PRL), ale wobec katastrofalnych skutków niebrania leków, jest to słaby argument (Sampson et al., 2016).

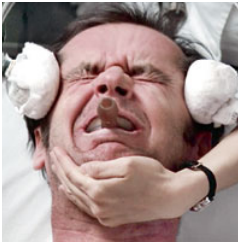
**ZMIANA NA INNY ANTYPSCYCHOTYK**

Oprócz usunięcia objawów neurologicznych czy endokrynologicznych, zmiana preparatu jest bez-



**NEUROLEPTIC MALIGNANT SYNDROME (NMS)** to rzadka, ale zagrażająca życiu reakcja na leki antypsychotyczne. Na YouTube dostępny jest film pokazujący objawy NMS: <https://www.youtube.com/watch?v=7Q1yCeO1xzM>

Chory nie jest na nim związany; ma tylko poduszki i rękawiczki chroniące go przed zrobieniem sobie krzywdy. Można? Można.



Kadr z filmu "Lot nad kukułczym gniazdem" (1975) reż. Miloša Formana. Scena pokazuje głównego bohatera, który jest poddawany ECT. Jest ona aż przesięwczko myląca: pacjent jest wiązany, mimo że się nie rzuca, personel medyczny trzyma go przy łóżku, mimo że powinno mu się dać miejsce na bezpieczne skurcze mięśni, a całość jest robiona wyraźnie przeciwko woli bohatera.

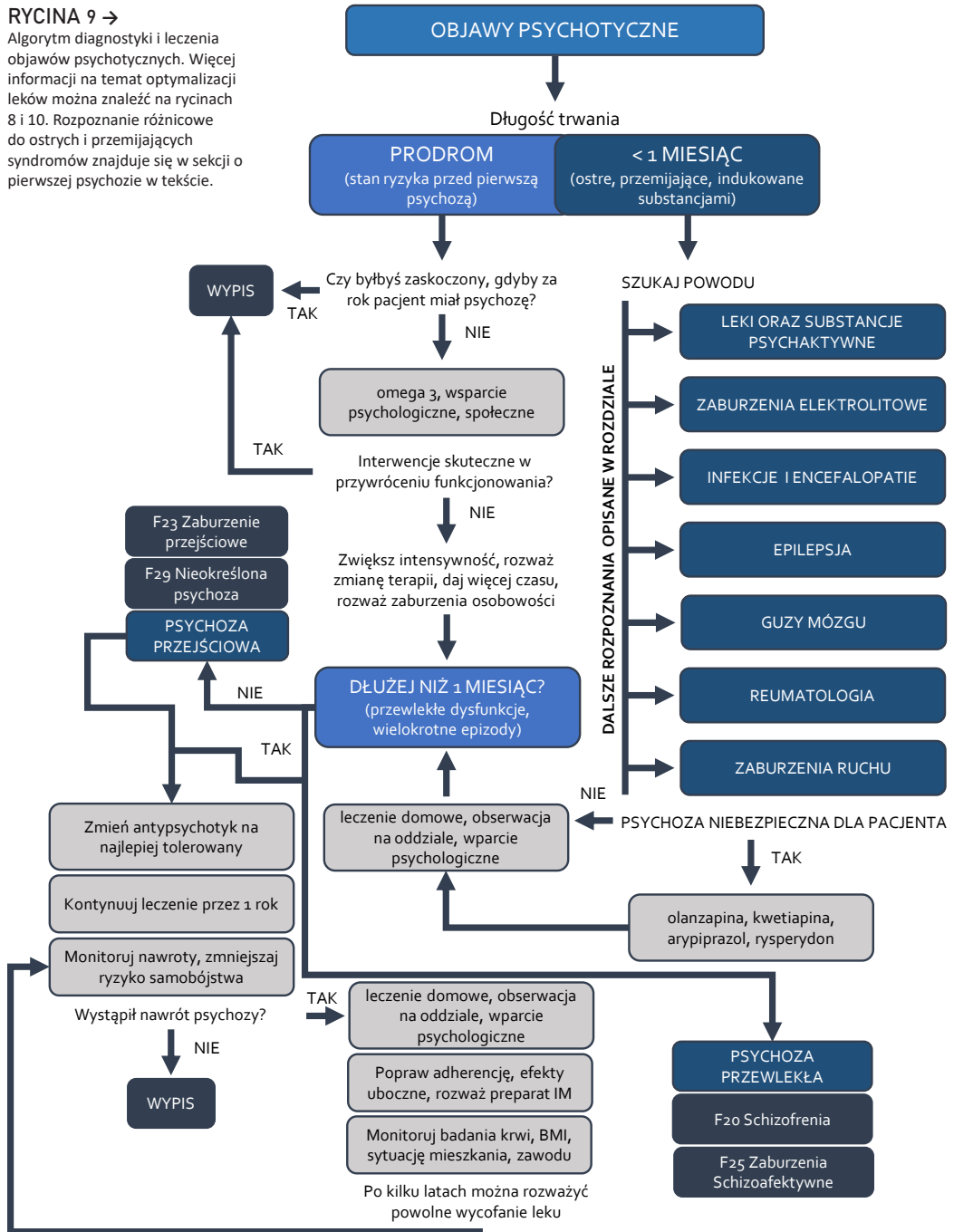
Nowoczesna terapia ECT nie ma nic wspólnego z tą sceną.



Pacjenci, którzy są poddawani zabiegowi ECT, odbywają go w znieczuleniu ogólnym. W obecności anestezjologa, wprowadza się chorego w śpiączkę krótkotrwałą, podobną do tej, która czasami używana jest przy nastawianiu kości czy stawów w chirurgii ortopedycznej. Całość jest szybka i zasadniczo bezbolesna; przypomina bardziej neurologiczny ekwiwalent kardiowersji serca niż salę tortur. Zainteresowanych zachęcamy do obejrzenia (kadr u góry): <https://www.youtube.com/watch?v=W8Ypt-vKl2U>

RYCINA 9 →

Algorytm diagnostyki i leczenia objawów psychotycznych. Więcej informacji na temat optymalizacji leków można znaleźć na rycinach 8 i 10. Rozpoznanie różnicowe do ostrych i przemijających syndromów znajduje się w sekcji o pierwszej psychozie w tekście.



piecną formą próby prewencji otyłości i cukrzycy. Zwłaszcza u chorych, u których ten problem jest wyjątkowo trudny do rozwiązania. Warto wtedy wybrać preparat, który cechuje się niższym ryzykiem wywołania przyrostu masy ciała (Mukundan et al., 2010).

Jeśli chory przytyje więcej niż 5%, należy rozważyć zmianę leku (sugeruję amisulpryd, aripiprazol). Zaiste, nawet najlepsze terapie odchudzające powodują utratę wagi jedynie 2–5 kg (Faulkner et al., 2007).

Zmiany można wprowadzić na cztery sposoby:

1. Na krzyż – rozpocznij nowy lek, powoli podnosząc jego dawkę; drugi lek jest redukowany.

2. De novo – rozpocznij nowy lek w dawce terapeutycznej i powoli obniżaj dawkę starego leku.

3. Dramatyczny stop – rozpocznij nowy lek powoli podnosząc dawkę i natychmiastowo zatrzymaj starszy lek.

4. Dramatyczny start – rozpocznij nowy lek w dawce terapeutycznej i natychmiastowo zatrzymaj starszy lek.

Terapia na krzyż wydaje się być najbezpieczniejsza, ale nie ma dowodów na to, że któraś jest lepsza od drugiej (Mukundan et al., 2010).

#### ZESPÓŁ METABOLICZNY

Należy zawsze pamiętać o edukacji w stosunku do diety, aktywności fizycznej, monitoringu cu-



krzycy, BMI, obwodu pasa i lipidów. Jeśli kontrola glukozy czy dyslipidemia nagle zachwieje się przy rozpoczęciu nowego leku antypsychotycznego, należy pilnie rozważyć jego zmianę (Faulkner et al., 2007). Do tego warto zauważyć, że każdy pacjent z ryzykiem zespołu metabolicznego powinien mieć zaoferowaną metforminę. Lek ten ma dobre skutki w utracie masy ciała o -3.27 kg [95 % CI -4.66, -1.89] i oporności insulinowej -1.49 N=743 [95 % CI -2.40,-0.59] (de Silva et al., 2016).

Metformina znacznie polepsza 3 z 5 najważniejszych elementów zespołu metabolicznego: obwód pasa, glukozę na czczo i trójglicerydy (Siskind et al., 2016). Fascynujące jest też to, że lek wpływa również korzystnie na prewencję hiperprolaktanemii (Zheng et al., 2017). Oczywiście, te 8 złotych miesięcznie zmniejsza również śmiertelność, która jest 6x większa u wszystkich pacjentów z ciężkimi chorobami psychiatrycznymi (Miller et al., 2006).

**ODPORNOŚĆ NA LEKI**

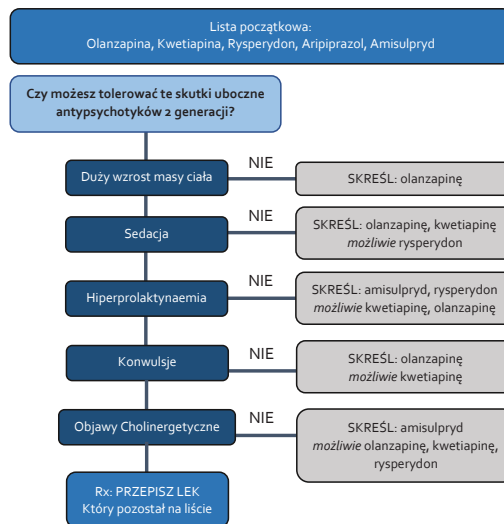
Oficjalne ogłoszenie oporności farmakoterapeutycznej to brak odpowiedniej reakcji na przynajmniej 2 leki antypsychotyczne, w tym minimum jeden atypowy, w dawkach terapeutycznych i optymalnej adherencji. PPD odporne na standardową terapię to nie lada wyzwanie. Według wyciecznych kłozapina jest atypowym antypsychotykiem, który skutecznie radzi sobie z objawami psychotycznymi. Istotnie, jest tak w przypadku porównania z antypsychotykami pierwszej generacji. Jeśli pacjent jest na lekach atypowych, kłozapina nie oferuje już tak dramatycznej skuteczności (Lobos et al., 2010). Na domiar złego, kłozapina wymaga dłuższego pobytu w szpitalu i częstych kontroli badań krwi. Z drugiej strony, jeśli nic innego nie działa, może być jedyną szansą na dobre funkcjonowanie chorego.

**LEKI NOOTROPOWE**

Wobec rosnącego skupienia się środowiska naukowego i klinicznego na PPD jako chorobie rozwojowej *kognitywnej*, zapostulowano kilka leków wzmacniających funkcje poznawcze, które wpłyną na właśnie tę domenę choroby. Wszakże mimo niebywałych sukcesów w palacji objawów pozytywnych, antypsychotyki nie polepszają zdolności myślenia, zapamiętywania czy podejmowania decyzji.

**INHIBITORY AChESTRAZY**

Preparaty te mają swoją rolę w leczeniu kognitywnych objawów PPD, ale jakość wyników w chwili obecnej jest niska. Stan umysłowy na PANSS polepsza się w objawach negatywnych o medianę -1.69, N=31 [95% CI -2.80, -0.57]. Poprawia się również funkcja kognitywna w zakresie uwagi, pamięci wizualnej, werbalnej i językowej oraz w



**RYCINA 10 ↑**

Skrócony opis algorytmu decyzyjnego z uwagi na efekty uboczne leków drugiej generacji (NICE, 2014).

funkcjach wykonawczych. Wyniki te obarczone są jednak problematyką metodologiczną i brakiem danych na temat korzyści ekonomicznych czy długości pobytu w szpitalu (Singh et al., 2012).

**AMFETAMINY**

Małe studia meldują o polepszeniu objawów negatywnych w przynajmniej krótkim okresie (Nolte et al., 2004). Dane te jednak są bardzo niskiej jakości. Warto szczególnie uważać na metylfenidat (Ritalin), który krótkotrwałe zwiększa ryzyko próby samobójczej (wydaje się to ustępować z czasem) (Man et al., 2017). Istnieją szczątkowe dowody na efektywność i bezpieczeństwo użycia leku na pobudzenie przy przyjmowaniu kłozapiny (Sarfati et al., 2018).

**TRYPTOFAN**

Lek ten jest wykorzystywany często jako polepszacz kognitywny u osób zdrowych. Działa najpewniej przez modulację szlaków serotoninowych i neuroprotekcję w szlaku kynureninowym (Colzato et al., 2017), czyli dwa ważne mechanizmy regulacji zdolności poznawczych (więcej o nich w rozdziale o chorobach afektywnych). Co ważne dla osób z PPD, istnieją dowody na to, że tryptofan wywołuje usprawnienia w dziedzinie funkcjonowania społecznego i zwiększonej współpracy (Colzato et al., 2017). Niestety, poza szczątkowymi danymi z lat 70. XX wieku, w PDD odbył się tylko jeden RCT. Niemniej jednak suplementacja L-tryptofanu 333mg trzy razy dziennie przez 4 dni zakończyła się wynikami poprawy w praktycznie każdym badaniu kognitywno-społecznym (N=21) (Levkovitz et al., 2003). Dane te nie zostały jeszcze zreplikowane. Ostatnie odkrycie penetrującej barierę krew-mózg kynurenine aminotransferazy-II może być kolejnym krokiem w tej przestrzeni (Dounay et al., 2012).

**MYK KLINICZNY**  
**CO MAM ROBIĆ?**  
 Oto kilka tricków w farmakoterapii przy efektach ubocznych:  
 - Dyslipidaemia >> spróbuj aripiprazolu, amisulpridu  
 - Dysrytmia serca >> spróbuj aripiprazolu, kwetiapiny  
 - Zaburzenia ruchu >> spróbuj amisulpridu, aripiprazolu  
 - Pozycyjna hipotensja >> spróbuj risperidonu, kwetiapiny.

**MYK KLINICZNY**  
**Z CZYM TO SIĘ JE?**  
 Poniżej kilka częstych interakcji antypsychotyków z innymi lekami:  
 - ACE-i/ARB/beta-blokery/blokery kanałów wapniowych zwiększają efekt hipotensyjny >> monitoruj ciśnienie,  
 - Alkohol zwiększa sedację,  
 - Amiodaron zwiększa interwał QT >> unikaj!  
 - SSRI, trójpierścieniowe zwiększają ryzyko napadów epileptycznych >> unikaj citalopramu i escitalopramu  
 - Antyepileptyki mogą nie mieć dobrego efektu >> unikaj, monitoruj!  
 - Benzodiazepiny zwiększają sedację >> unikaj!  
 - Kortykosteroidy zwiększają ryzyko hipokaliemii i zwiększają interwał QT, zwiększają złe efekty syndromu metabolicznego >> monitoruj K+, prewencja cukrzycy, monitoring wagi  
 - Diuretyki zwiększają ryzyko hipokaliemii, zwiększają interwał QT, powodują hipotensję >> monitoruj K+ i BP  
 - L-dopa jest lekiem przeciwnie skutecznym  
 - Lit zwiększa ryzyko NMS, jest toksyczny dla neuronów i wywołuje efekty pozapiramidowe >> unikaj a jak już musisz to monitoruj chociaż poziomy  
 - Metoklopramid zwiększa objawy pozapiramidowe >> unikaj  
 - Makrolidy zwiększają interwał QT >> unikaj

## MYK NAUKOWY

### NIEPOKORNE ECT

W przypadku chorych odpornych na leki, w tym kłozapinę, augmentacja ECT osiągnęła pozytywny wynik w ok. 54% przypadków N=39, [95% CI 21.8%,83.6%]. Średnio, chorzy w tej grupie potrzebowali ok. 11 zabiegów, aby otrzymać korzyść kliniczną, w tym u ok. 1/3 nastąpił nawrót choroby (Lally et al., 2016). W większych badaniach (N=1769) osiąga się podobne wyniki w korzyściach klinicznych (NNT=3) – tu sama kłozapina osiągnęła wynik jedynie około połowy skuteczności ECT (Wang et al., 2018). Występuje duża heterogeniczność zabiegów.



## CHOLINA

Logiczne wydawałoby się, że cholina, będąc znakomitym rozwiązaniem w suplementacji prenatalnej, może mieć również pozytywne skutki w leczeniu samego PPD. Niestety, oprócz symptomów psychotycznych (na które i tak nie ma wpływać) (Davis et al., 1979) nie została zbadana dotychczas pod kątem objawów poznawczych.

## KOFEINA

Picie kawy oferuje znakomite korzyści poznawcze, zwłaszcza na bardziej skomplikowane zadania (Núñez et al., 2015). Mimo tego, obserwuje się tendencje do ograniczenia tego typu produktów na oddziałach psychiatrycznych, z powodu na ich rzekome negatywne działanie. No tak, bo przecież „na chłopski rozum” kawa nie dość, że szkodzi, to jeszcze pewnie tym *psycholom* znacznie odbijać (Rihs et al., 1996), Spokojnie, proszę nie wstrzymywać oddechu, oczywiście spieszę zapewnić, że dowody temu przeczą (Mayo et al., 1993). Trzy do czterech filiżanek kawy dziennie redukuje śmiertelność sercowo-naczyniową o 19% [95% CI 28%,10%], a zachorowalność na nowotwory o 18% [95% CI 26%,11%]. Takie picie kawy zmniejsza również szansę zachorowalności na wiele przypadłości neurologicznych, np. chorobę Parkinsona, czy gastrologicznych np. marskość lub nowotwór wątroby, 218 meta-analiz (Poole et al., 2017).

## ANTYPILEPTYKI

Mimo częstego użycia tego typu leków w praktyce klinicznej, dowody na ich skuteczność pozostają niezadowolające.

## KARBAMAZEPINA

W świetle obecnych dowodów, używanie tego leku antyepileptycznego w PPD nie jest wskazane. (Leucht et al., 2014a). Prosimy o zaprzestanie przepisywania go.

## LAMOTRYGINA

Użycie tego leku w praktyce klinicznej nie jest wskazane wobec braku dowodów na jej działanie dla chorych na PPD, nawet w przypadku stosowania tego leku jako adiunkt (Premkumar and Pick, 2006).

## WALPORAN

Główne badania RCT w tej sprawie były metodologicznie niespójne. Niemniej jednak, istnieje trochę dowodów (choć niskiej i bardzo niskiej jakości) na to, że lek ten może posłużyć jako dodatek do antypsychotyków w palacji objawów podekscytowania i agresji. Mediana redukcji na skali MOAS wyniosła -2.55, n=186 [95%CI -3.92, -1.19]. W profilu efektów ubocznych, walporan nie powoduje przybytku masy ciała, ale wywołuje

większą sedację. Naturalnie, może być to działanie pożądane lub nie (Wang et al., 2016).

## LIT

Mimo częstego użycia w klinice wg RWE, dowody przeczą skuteczności używania tego preparatu w PPD czy zaburzeniach schizoafektywnych. Wśród danych niskiej jakości wyszczególnia się, że osoby leczone litem opuszczają szybciej badania (vs. antypsychotyki) o 77%, n=270 [95%CI RR 1.01,3.11]. Skuteczność w leczeniu objawów znika, gdy wykluczy się badania, które nie były zaślepione lub które cierpiały na dużą utratę uczestników. Dodatkowo warto zauważyć, że badania te unikały raportów o efektach ubocznych stosowania leku (Leucht et al., 2015).

## LEKI PRZECIWPALNE

Wobec zwiększonych dowodów na immunologiczno-zapalną etiologię PPD, wielu farmakoterapeutów zwróciło się po antyoksydanty takie jak Ginkgo biloba, N-acetylcysteinę, allopurinol, dehydroepiandrosteron, witaminę C,E lub selegilinę. Niestety, znakomita większość badań w tym obszarze jest albo metodologicznie nieprawidłowa, albo melduje wyniki, które nie są ważne dla pacjentów czy klinicystów. Mała jakość danych mówi o nieistotnych zmianach na PANSS (Malgalhães et al., 2016).

## OMEGA-3

Suplementacja tego kwasu tłuszczowego powoduje uśmierzanie objawów w stanie prodromalnym i w pierwszej psychozie. Niestety, w chronicznych fazach PPD, nie wykazuje skuteczności (Chen et al., 2015).

## BENZODIAZEPINY

Mimo szerokiego stosowania według RWE, nie ma obecnie dowodów na rutynowe przepisywanie tych leków uspokajających w terapii PPD. Powodują one zwiększenie efektów ubocznych bez wyraźnej zmiany w przemocy czy agresji psychotycznej (Zaman et al., 2017).

## SELEKTYWNE INHIBITORY WYCHWYTU SEROTONINY (SSRI)

Z dostępnych obecnie danych wynika, że SSRI są bardziej efektywne niż placebo w polepszeniu negatywnych symptomów PPD (van Dijk et al., 2017). Warto jest pamiętać, że SSRI może również pomóc w objawach OCD (Buoli et al., 2016 + rozdział o zaburzeniach limbicznych). Jest to jednak grupa leków, po którą sięga się w fazie wycofania lub w przypadku dominujących objawów afektywnych. Terapia antypsychotyczna może zniwelować urojenia, które przyczyniają się do niskiego afektu.

## HORMONY

Według teorii hormonalnej, kobiety w stanach wysokiego stężenia estrogenu, są chronione przed objawami psychotycznymi, zwłaszcza w ich najczarniejszym wymiarze. Niestety, ta teoria nie ma przełożenia na rzeczywistość. Estrogen w kombinacji z progesteronem nie jest efektywną metodą leczenia PPD (Chua et al., 2005). To samo stosuje się do testosteronu (Elias and Kumar, 2007).

## ZIOŁOLECZNICTWO

Istnieje trochę dowodów, że specjalne terapie przygotowywane przez praktyków medycyny naturalnej mogą być skuteczne jako adiunkt do antypsychotyków. Nie ma jednak przekonujących danych w tej sprawie (Rathbone et al., 2005). Medyczna marihuana raczej powoduje niż leczy objawy PPD (jak wcześniej).

## CHIRURGIA

Postępy w neurochirurgii i neuromodulacji przyniosły w ostatnich latach bardzo obiecujące wyniki leczenia PPD.

### TRANSCZASZKOWA STYMULACJA MAGNETYCZNA (TMS)

Zabieg ten powoduje zmniejszenie halucynacji słuchowych i innych objawów pozytywnych PPD (vs. placebo), ale nie są to wyniki, które sprawdzają się koherentnie na wszystkich instrumentach pomiarowych (Dougall et al., 2015).

### STYMULACJE NERWOWE

Stymulacje nerwu błędnego nie okazały się skuteczne w pierwszych badaniach (Hasan et al., 2015). Z danych dostępnych autorom, stymulacji nerwu trójdzielnego czy stymulacji binauralnej w PPD jeszcze nie testowano.

### TERAPIA ELEKTROKONWULSYJNA (ECT)

ECT polega na użyciu prądu elektrycznego do zmiany oscylacji w mózgu. Pacjent, w przeciwieństwie do pokazywanych na filmach operacji, jest znieczulony i nie odczuwa bólu związanego z tym krótkotrwałym zabiegiem.

Niestety, mimo znacznej skuteczności, jedynie 3.1%-4.7% osób w PPD otrzymuje ten rodzaj leczenia, a liczba tych, którym jest to oferowane rokrocznie spada (Gazdag et al., 2018; Knight et al., 2018). A to wielka szkoda w związku z olbrzymimi sukcesami tej terapii. W badaniach farmakologicznych, pozytywną odpowiedź na lek określa się jako +1/5 globalnego stanu. Po zabiegu ECT, 70-85% pacjentów osiąga ten pułap, a wielu nawet zysk 2/5 (Grover et al., 2018; Sanghani et al., 2018).

Popularne gusło mówi o zaburzeniach kognitywnych po zabiegu, ale i tutaj RWE nie pokrywa się z danymi: jedynie w 9% przypadków obserwuje się spadek funkcji w jakimkolwiek klinicznym sensie, a deficytów poważnych nie obserwuje się w ogóle (Sanghani et al., 2018). Nie oznacza to, że pacjenci nie narzekają sami: ok. 24% melduje ubytki w pamięci (vs. 0% przy terapii klozapiną) a ok. 14% mówi o bólach głowy (Wang et al., 2018). Badania o dalszym horyzoncie mówią jednak o tymczasowości objawów: po 2 tygodniach wszystko wraca do normy (Zheng et al., 2018). Przeglądy Królewskiego Kolegium Psychiatrów czy NICE nie rekomendują ECT jako terapii pierwszego rzutu, ale zalecają użycie jej w przypadku: (1) PPD katatonicznego, (2) korzystnej odpowiedzi na poprzednie ECT i (3) braku tolerancji lub braku odpowiedzi na dawkę antypsychotyków w wysokości 500mg ekwiwalentu chloropromazyny dziennie.

Mimo popularnego stwierdzenia, że ECT powinno stosować się tylko w ciężkich, lekoopornych przypadkach, najnowsze dowody mówią o tym, że zabieg może przynieść olbrzymią korzyść osobom w stanach ostrej psychozy czy sytuacji, w której rychła kontrola objawów jest dobra dla pacjenta, np. katatonii, agresji, psychozy poporodowej lub ryzyko samobójstwa (Grover et al., 2017).

To prawda, że największa ilość dowodów mówi o stosowaniu ECT w przypadkach lekooporności, ale kilka nowych badań RCT wspiera użycie tej techniki już w pierwszym epizodzie (Grover et al., 2018).

## SZYBKE OBEZWŁADNIENIE

Jest bardzo mało dowodów naukowych na interwencje w tym zakresie. Być może z powodu trudności pytania o poinformowaną zgodę osób w stanie zagrożenia życia. Niemniej jednak, szybkie obezwładnienie powinno być ostatecznym krokiem w przypadku ostrego zaburzenia zachowania lub agresji (Taylor et al., 2018).

### KROK 1: DE-ESKALACJA

- Postaraj się przenieść chorego do pomieszczenia z mniejszą ilością stymulacji (nie mylić z izolatką!).
- Przestań prowokować, nie mów „Ale o co Panu chodzi?”, „Niech się Pani uspokoi!”.
- Zdenerwowanych pacjentów zostaw samym sobie, zaproponuj przejście do bezpiecznego miejsca.

### KROK 2: ZAOFERUJ LECZENIE DOUSTNE

- Jeśli pacjent jest już na antypsychotykach (doustnie bądź IM), **podaj lorazepam 1-2mg** (NIC WIĘCEJ!).
- **Jeśli nie ma przepisanych antypsychotyków**, spróbuj olanzapiny 10mg, rysperydonu 1-2mg



### MYK NAUKOWY DOBRE ZWIASTUNY

Korzystną prognozę szacuje się, gdy chory:

- Ma czynniki spustowe pierwszej psychozy,
- Wysokie IQ,
- Dobre wsparcie socjalne,
- Dobrą adherencję lekową,
- Brak nadmiernego użycia środków odurzających.

Odwrotność tych czynników zwiastuje gorszy przebieg.



### MYK KLINICZNY CZY TE OCZY MOGĄ KŁAMAĆ?

Halucynacje mogą występować również w chorobach oczu, w ramach **Choroby Bonneta** (tzw. halucynacje przy zamkniętych oczach). Niewidomi od urodzenia również mogą odczuwać halucynacje i, chociaż są co do zasady chronieni przed PPD, mogą widzieć kształty i kalejdoskopowe wzory w halucynacjach po LSD czy innych propsychozykach. Chorzy wiedzą jednak, że są to obrazy fałszywe.



## MYK KLINICZNY MONITORING



W przypadku szybkiego obezwładniania należy zachować szczególną uwagę z powodu wysokiej częstości śmierci. Monitoruj:  
> Dystonię w tym kryzys okولوجiczny (użyj procyklidyny),  
> Stres oddechowy: RR<10/min, SpO<sub>2</sub><90% (podaj tlen, podnieś nogi, obróć na plecy, podaj flumazenil jeśli użyłaś benzodiazepin, zawołaj anestesjologa)  
> Arytmie i bradykardie (natychmiastowy transfer do opieki specjalistycznej)  
> Obniżenie ciśnienia (podnieś nogi, monitoruj)  
> Gorączka (zatrzymaj antypsychotyki, sprawdź kinazę kreatynową) - ryzyko arytmii i NMS!

I po co robić sobie takie problemy, skoro można po prostu porozmawiać?

## MYK NAUKOWY



### ŚMIERTELNE PPD

Jeszcze gorzej wygląda sytuacja u osób poniżej 45 roku życia. Tu występuje aż sześciokrotne zwiększenie śmiertelności (6.2, 95% CI 4.9,7.5) (Hoang et al., 2011). Zgony te następują z przyczyn tak łatwych i tak tanich do wyleczenia, że fenomen ten jest doprawdy poniżej krytyki. Bezpośrednia przyczyna śmierci to najczęściej samobójstwo we wczesnych latach choroby i zgon sercowo-naczyniowy w późniejszych dekadach życia (McGrath et al., 2008). Obciążenia biorą się głównie z użycia tytoniu, braku prowadzenia zdrowego trybu życia i otyłości spowodowanej lekami antypsychotycznymi (Hoang et al., 2011).

lub haloperydolu 5mg z prometazyną 25mg.

- Wbrew obiegowej opinii, lorazepam i olanzapina są naprawdę skuteczne; hal-dol powinien być ostatecznością (stosowany z prometazyną!) (Belgamwar & Fenton, 2005; Ostinelli et al., 2017).
- Hal-dol wymaga również EKG i jest bardzo niebezpieczny w mieszance z innymi antypsychotykami (ulotka leku). Można spróbować midazolamu 10-20mg podanego do policzka.

### KROK 3: ZASTRZYK DOMIĘŚNIOWY

- Lorazepam 1-2mg IM (uwaga na starszych lub młodszych: tu dysinhibicją może spowodować zwiększenie agresji!),
- Prometazyna 50mg IM (działa wolniej, ale bardziej skutecznie),
- Olanzapina 10mg lub Arypirazol 9.75mg IM (nie stosować wraz z benzodiazepinami)
- Haloperydol powinien być środkiem ostatecznym! Jest mniej skuteczny i powoduje większą ilość komplikacji. **Jego stosowanie, gdy są dostępne alternatywy, jest poważnym pogwałceniem etyki zawodowej.**

### KROK 3: INFUZJA DOŻYLNNA

- Potrzeba wstrzyknięcia preparatu dożylnie jest wyjątkowo rzadka. Można użyć tu diazepamu IV 10mg przez 5 minut.

Najlepszym lekarstwem pozostaje spokojny ton głosu, deeskalacja sytuacji, usunięcie prowokujących czynników i próba konsolacji pacjenta, chociażby przez orientację w znanym pokoju.

## PROGNOZA

Przebieg naturalny PPD może być bardzo zróżnicowany: od całkowitej remisji objawów po pierwszej psychozie do przewlekłej dominacji objawów negatywnych. Kilka czynników może wpłynąć na lepsze rokowanie (patrz myk naukowy).

Niestety z obecnych danych wynika, że PPD skraca życie chorych o ok. 20 lat (Laursen et al., 2014). Na domiar złego, jest to bodaj jedyna tak częsta choroba, w której medycyna i chirurgia odnotowują regres w przeżywalności i współzależności. Standaryzowana śmiertelność w PPD w 1999 roku wynosiła 1.6x (95% CI 1.5,1.8), ale już w 2006 roku wzrosła do 2.2x (95% CI 1.6-2.2), n=272 248. Od 2004 do 2014 roku, ryzyko śmiertelności PPD podwoiło się, a po 2010r. przyspieszyliśmy nasze pogrążanie się o ponad 1/3 rocznie (obecnie ok. 3.3) (Hayes et al., 2017). Czarę goryczy przelewa fakt, że osoby z PPD często traktowane są niepoważnie, gdy prezentują się z objawami na SOR czy do POZtu.

**Nie oszukujmy się - to nasza i tylko nasza wina.** Bagatelizowanie choroby, która skraca długość życia o dwie dekady i tolerowanie psychoterapii

na kolegów i koleżanki psychiatrów nie powinno i nie może być akceptowalne **Jak systemowo i holistycznie leczyć PPD?**

**1. Dobra opieka ginekologiczno-położnicza:** solidne skany, monitoring i leczenie infekcji oraz komplikacji ciąży. Wyjątkowe skupienie się na opiece dla przedwczesnych narodzin: MgSO<sub>4</sub> dla każdej matki, która ma rodzić przed 37 tygodniem. Każdej. Bez wyjątku. *No hay excusas!*

**2. Dobra opieka perinatalna:** ze zintegrowanym systemem leczenia i wczesnych interwencji intensywnej terapii neonatologicznej. Transfer do centrów z dostępną aparaturą wczesnej interwencji neurochirurgicznej, w tym DRIFT.

**3. Wsparcie społeczne** na poziomie rozwiązywania problemów społecznych i edukacyjnych w rodzinie z obciążeniami genetycznymi.

**4. Wczesna detekcja:** stanu podwyższonego ryzyka PPD przez EPSI czy podobny instrument dla każdej osoby z obciążeniem genetycznym, z natychmiastowym leczeniem w pierwszej psychozie.

**5. Screening psychotyczny:** dla każdej osoby w wieku 12-35l. prezentującej objawy limbiczne czy afektywne. To trwa 30 sekund.

**6. Optymalizacja terapii:** Dobra adherencja i optymalne dawki antypsychotyków z minimalną ilością efektów ubocznych. Stosowanie pełni dostępnych terapii medycznych i chirurgicznych.

**7. Solidny plan prewencji samobójstwa** i monitoringu prób samobójczych, w szczególności w pierwszych 12 miesiącach PPD i stanu podwyższonego ryzyka.

**8. Szczególny screening + opieka diabetologiczna i sercowo-naczyniowa** dla każdego pacjenta na atypowych antypsychotykach. Metformina kosztuje 8 złotych! To mniej niż Durum kebab bez ostrego sosu! (NB pierwszych dwóch autorów tylko z ostrym) (*Gruby kebs, Zielona Góra, niesponsorowany*). Nie przerzucaj tego na lekarza rodzinnego. Nie pisz w zaleceniach „kontrola lipidów w poradni POZ”. Sama zleć badania, sama je prześledź, sama podejmij decyzję i sama przepisaj odpowiednie leki.

Odpowiedzialność za życie i jego jakość spoczywa na każdym profesjonalście ochrony zdrowia: lekarzach POZ, psychiatrach, specjalistach medycyny ratunkowej, chirurgii, lekarzach innych specjalizacji i dobrych, solidnych pracowników wszelkiego autoramentu. Każdy może pomóc w swojej części. Nawet zwykła psychoedukacja pomaga przeciwdziałać nawrotom choroby (Xia et al., 2011)! Im szybciej zatrzymamy progresję PPD, tym łatwiej będzie nam ograniczyć dewastujące jej efekty w późniejszym życiu chorych. *Razem możemy to zrobić. Wystarczy tylko chcieć.*

# ISTNIEJE NIEBO. ZACHOWAJMY TO DLA SIEBIE

## ODDZIAŁ POŁOŻNICZY - SALA PORODOWA

### Psychiatria Neonatologiczna

*Dorothy potrzebuje Twojej pomocy. Jej epizod psychotyczny szybko postępuje. Nieleczony może przejść w zabójczą katonię; źle leczony może spowodować NMS, powikłania psychotyczne, samobójstwo lub morderstwo dziecka.*

*Uzbrojony w wiedzę, postaraj się ustalić dokładną diagnozę, rozważyć rozpoznania różnicowe i zaordynować odpowiednie leczenie. Uwaga! Śmiertelność w tej grupie jest wysoka. Czy uda ci się uratować jej życie?*

#### PIERWSZA PSYCHOZA: POCZĄTEK

Zanim przystąpisz do leczenia, rozwiąż chorego lub poproś, aby ratownicy medyczni / inny personel przestał go trzymać. To spowoduje nie tylko wzrost przeżywalności, ale i zdeeskaluje sytuację, w której jesteś. Warto mieć kilka osób koło siebie na wypadek zwiększenia się przemocy, ale znakomitą większość napadów agresji w psychozie da się wyleczyć przez rozmowę, uspokojenie tonu i, jeśli zajdzie taka potrzeba, wsparcie farmakoterapeutyczne (lekką antyhistaminą, lorazepamem, ewentualnie antypsychotykami nowej generacji).

#### BADANIE STANU UMYŚLU (MSE)

Pamiętaj o kilku zasadach rozmowy z osobą z podejrzeniem stanu psychotycznego:

1. Dla pacjenta, jego urojenia i halucynacje są realne. To nie hologram czy coś, co sobie „wymyślił”. Ich aparat poznawczy wytwarza dokładnie takie dźwięki i przeświadczenia, jakie ty słyszysz w muzyce czy widzisz na ekranie.

2. Jak byś chciała być traktowana, gdyby ktoś ciebie otruł, próbował zrobić ci na złość czy miał ukryte intencje? Jak byś się poczuła, gdyby druga osoba zareagowała śmiechem, niedowierzaniem czy negacją?

– Myszlisz, że mógłbyś po prostu ignorować swoją byłą dziewczynę i nie myśleć, że ma złe intencje i chce cię otruć?

**Zamiast:** Twoja dziewczyna na pewno nie chce dla ciebie nic złego.

–Aha. Widzę, że już patrzysz przez pryzmat tego co ONA ci powtórzyła!

–Przepraszam, jeśli tak to zabrzmiało... [nie neguję urojeń!] Jestem po twojej stronie [próbuję uzyskać zaufanie]. Pamiętaj, że jest między nami tajemnica lekarska i nie będę mógł nic powtórzyć bez twojej zgody.

**Zamiast:** Nie! Tak nie jest! Ja z nią w ogóle nie rozmawiałem! [pacjentowi ciężko będzie w to uwierzyć]

– Nie wiem na ile chcę i mogę tobie zaufać...

– Jestem lekarzem i moim celem jest pomóc tobie w tym, z czym się borykasz [klarowne

wyjaśnienie roli]. Wierzę, że razem możemy dojść do rozwiązania, z którego będziesz zadowolony [daję kontrolę pacjentowi]. Potrzebuję tylko kilku informacji [ostrzeżenie przed dalszymi pytaniami], żeby cię lepiej zrozumieć [cel, który jest korzystny dla pacjenta] i przedstawić ci najlepsze opcje osiągnięcia tego rozwiązania.

**Zamiast:** Musisz mi zaufać [czemu mnie zmuszasz???], bo inaczej nie będę mógł cię wyleczyć [ale ja nie jestem chory! Ona naprawdę próbuje mnie otruć!]. Potrzebuję tych informacji, aby dać ci odpowiednie leki [ale co jak nie chcę brać tabletek???].

3. Odważ się być ciekawym. Jeśli koleżanka powiedziała ci, że ktoś ją śledził po powrocie z imprezy wczoraj, na pewno byłbyś pełen dociekliwych pytań i naturalnej chęci wyjaśnienia sprawy. Tylko dlatego, że może być to objaw psychotyczny, nie znaczy, że musisz go traktować sztucznie.

4. Pamiętajmy, że wywiad to rozmowa a nie wypełnianie formularzy. Maciej Orłoś (znany z YouTube i teleekspresu) mówił kiedyś, że najlepszy wywiad jest wtedy, gdy widz nie potrafi go odróżnić od zwykłej, spontanicznej i nieprzygotowanej wcześniej rozmowy. Taka jednak wymaga najwięcej preparacji.

Wszyscy autorzy, kiedy zaczynali swoją przygodę z chorobami mózgu, kurczowo opierali się na pro-formach i pytaniach z pamięci. Niczym na egzaminie, w naszych głowach kłębiły się myśli „tylko nie zapomnij o X zapytać!”. To normalne na początku kariery. Ideałem, do którego powinniśmy dążyć jest moment, w którym przechodzeń (i sam pacjent!) nie odróżni, czy przyjmujemy chorego na oddział, czy ucinamy sobie szybką pogawędkę ze znajomym. Unikajmy proszę:

– Ludzie w pracy specjalnie mnie sabotują, żeby mnie wyrzucili z roboty! Wczoraj słyszałem jak na przerwie spiskują przeciwko mnie...

–Mhm. A obciążenia rodzinne występują?

5. „Przeklęty zeszyt! Ona mnie w ogóle nie słuchała tylko zapisywała coś sobie w notatkach.” W ogro- mie pracy i biurokracji bardzo często wypełnie-

#### MYK KLINICZNY ILE MOŻNA...

Poraz czwarty prosimy szanownych kolegów i koleżanki o to, żeby pacjentów NIE WIĄZAĆ. Proszę, to już przestaje być śmieszne... (Sailas and Fenton, 2000).

#### MYK NAUKOWY ENCEPHALITIS?

Jeśli coś nie pasuje do prezentacji i normalne leczenie nie działa, rozważ encefalopatię. Dziewczyna ślini się jakby miał wściek- liznę? A to może potwornik w jajniku powoduje encefalopa- tię NDMA-r?

#### MYK NAUKOWY SŁUCHAM?

Kognitywna dysinhibicja (patologia) to wypo- wiedzenie słowa, które nie zostało zatrzymane przez mózg, tj. „Francja! Och nie, przepraszam, nie chciałem!” vs. prze- języczenie, które zdarza nam się często “Paryż, znaczy, no Francja!”



## MYK KLINICZNY

### UROJENIA

Spytaj się, co o urojeniach myślą inni ludzie, przyjaciele, rodzina i DLACZEGO tak myślą... może uda Ci się w ten delikatny sposób przetrwać urojenia w myśli nadwartościowe.. Pamiętaj, spraw, aby pacjent zwątpił w swoje urojenia a nie w Ciebie!



nie dokumentacji jest priorytetem. Pojawia się też nierzadko impuls do szybkiego domknięcia kognitywnego pacjenta, tj. do rychłej diagnozy i zaordynowania leczenia. Najlepsi lekarze posiadają kilka rozpoznań różnicowych w pierwszych minutach rozmowy. Nie zwalnia to z rozważenia innych problemów, wobec nowych informacji, nawet w psychozie!

6. Unikaj wyrażen, które mogą prowokować, np:

– *Wierzy mi Pan doktor?*

– *Oczywiście, że nie, ma Pan urojenia!*  
[niegrzeczne] lub: *Oczywiście, że wierzę!*  
[nieprawda]

**Spróbuj:** *Nie jestem na twoim miejscu, więc ciężko mi sobie to wyobrazić* [omijanie odpowiedzi], *ale widzę, że to naprawdę musi być stresujące / straszne dla ciebie* [weryfikacja pozytywna] lub: *Wiem, że nie kłamiesz. Rzeczy, które przechodzisz mogą być bardzo stresujące.*

Z drugiej strony staraj się twardo kwestionować urojenia. Zadawaj pytania, dociekaj, konfrontuj z rzeczywistością.

– *Czyli od tygodnia myślisz, że ktoś chce ci zrobić na złość?*

– *Ja nie myślę, ja to wiem! Przecież ci powiedziałam!*

– *W porządku, przepraszam. To w jaki sposób ktoś robi ci na złość? [dowody?]*

7. Rozpoczęcie rozmowy może być trudne... Spróbuj kilku z poniższych fraz:

– *Co mogę dzisiaj dla ciebie zrobić? [moja ulubiona!]*

– *Jeśli byłaby jedna rzecz, którą mógłbym dzisiaj dla ciebie naprawić, to co by to było?*

– *Dlaczego lekarze cię tutaj trzymają?*

Przed zadaniem pytań, które sprawiają problem pytającemu, warto zagaić:

– *Teraz zadam kilka dziwnych pytań... Nie przejmuj się tym, musimy je rutynowo zadać każdemu.*

8. Następnie można przejść do badania stanu umysłu:

– *Czy widzisz, słyszysz lub czujesz rzeczy, których inni ludzie nie widzą/słyszają/czują?*

– *Czy masz jakieś dziwne doświadczenia?*

9. Pamiętaj, aby oznaczyć stan ryzyka dla siebie, innych, wykorzystania; stan kognitywny i wglądu. Szczegółowe informacje, jak to zrobić znajdują się w rozdziałach poprzednich.

## SZUKANIE PRZYCZYNY PSYCHOZY

Po zakończeniu badania stanu umysłu i stabilizacji medycznej pacjentki, pora na rozważenie diagnozy. Co mogą oznaczać wyżej opisane objawy?

### PSYCHOZA WTÓRNA

- Do substancji neuromodulujących, np.: amfetamin, LSD, kokainy, alkoholu (uwaga na współzależność: 1/3 osób z PPD stosuje trunki + alkohol + disulfiram, lek na uzależnienie alkoholowe też może powodować psychozę), fenocyklidyny, marihuany; (sprawdź: toksykologię, profil wątrobowy, lipidy).

- Do leków przepisanych lub używanych bez recepty / nielegalnie: analgetyki (NLPZ, opioidy), na chorobę Parkinsona (L-dopa, amantadyna, selegelina, cholinolityki), kardiologiczne (ACE-i, antyarytmiki, propranolol, klonidyna), endokrynologiczne (sterydy anaboliczne, kortykosterydy), gastrologiczne (PPI, blokerzy H<sub>2</sub>), ortopedyczne (baklofen, cyklobenzapryna, tyzanidyna), alergologiczne (antyhistaminy, pseudoefederyna, niektóre syropy), sportowe (sterydy, erytropoetyna, amfetaminy i ich pochodne w dopalaczach), anty-epileptyczne, infekcyjne (antymalariowe) (sprawdź: wywiad, recepty).

- Do nagłych zdarzeń: para-psychotyczne syndromy w ostrej reakcji na stres, PTSD, zaburzeniach lękowych, zaburzeniach adaptacyjnych.

### PSYCHOZA W INNYCH CHOROBYCH

- Dyskonektomie afektywne, np. depresja psychiatryczna lub objawy maniackalne (sprawdź: które objawy są dominujące? Skonsultuj rozdział o chorobach afektywnych. Pamiętaj, że genetyczna predyspozycja chorób afektywnych i psychiatrycznych jest zbliżona, o ile nie identyczna).

- Zaburzenia rozwojowe, np. psychoza w przebiegu chorób ze spektrum autystycznego (sprawdź: inne objawy autystyczne, historie chorób).

- Encefalopatie, np. NMDA-r, limbiczna (m.in. kanałów potasowych) i w przebiegu zespołu paraneoplastycznego, choroby Wernickego, HIV, HSV, WZW-B,C lub syfilisu (sprawdź: profil wątrobowy, elektrolity, morfologię, badania mikrobiologiczne, płyn mózgowo-rdzeniowy, nowotwory).

- Demencja zwłaszcza u osób starszych np. choroba Alzheimera (rzadziej), demencja w chorobie Parkinsona (czasami zwanej otępieniem ciałami Lewy'ego) – przy dominacji halucynacji, objawów wytwórczych i zaburzeń ruchu pozapiramidowych; demencja czołowo-skroniowa, przy objawach behawioralnych i językowych (sprawdź: wywiad, informacje od rodziny, poprzednie skany, wypisy ze szpitala, informacje z POZ, listy od neurologów, tempo objawów (przewlekłe) lub przeprowadź diagnostykę demencji).

## MYK NAUKOWY

### UKRYTY GŁOS

Interferencje myśli pierwszoosobowe mogą być tak naprawdę brakiem zatrzymania drugiej półkuli mózgu. Być może, to właśnie wtedy ona doczepia się do sterów i pokazuje nam co tak naprawdę ma do powiedzenia... Więcej o dyskonektomii półkul mózgu na tym filmie: <https://www.youtube.com/watch?v=wfybgdo8e-8>



## MYK KLINICZNY

### MYŚLĘ A UWAŻAM?

Urojenia to opinie, których nie da się zakwestionować. Mogą być pierwotne (znikąd) lub wtórne do sytuacji (prawdziwa kradzież - uwiźli się na mnie). Warto, aby przeistaczać je w myśli, tj. "myślę, że mogą mnie gonić... ale możliwe, że mnie nie gonią" jest o wiele lepsze niż "uwazam, że ktoś puścił za mną pościg!"





- Inne choroby ruchu, np. choroba Parkinsona nieleczona dopaminą, CBD, PSP, MSA, Huntingtona, Wilsona (*sprawdź: wywiad, informacje od rodziny, poprzednie wypisy ze szpitala i listy od neurologów, informacje z POZ*).

- Choroby reumatologiczne, np. deficyt witaminy B12, choroba/zespół Cushinga, porfiria, tocień, toksykoza tarczycowa, zaburzenia elektrolitowe (*sprawdź: badania poziomów witamin, elektrolitów, hormonów*).

- Epilepsja płata skroniowego, zwłaszcza przy halucynacjach smaku i jeśli występują napady a wywiad jest niejednoznaczny (*sprawdź: EEG, względnie skonsultuj epileptologa*).

- Zmiana histopatologiczna okupująca miejsce jeśli występuje podejrzenie, zleć TK czy MR głowy.

### PSYCHOZA PIERWOTNA

- Zaburzenia przewlekłe (schizofektywne, schizotypowe), osobowości (*sprawdź: gdy objawy są obecne w stopniu przewlekłym od urodzenia*).

- Malingerencja, próby wymuszenia ubezpieczenia, zaburzenia dysocjacyjne i niewytłumaczalne medycznie (*skonsultuj ROZDZIAŁ 9*).

- Psychozy nieokreślone, przejściowe, przewlekłe według ryciny 9.

### BADANIA LABORATORYJNE

- Toksykologia (wykluczenie przyczyn toksycznych psychozy),

- Profil wątrobowy (choroba alkoholowa, encefalopatia, również jako stan bazowy do leków) [ALT, AST, ALP,  $\gamma$ GT, bilirubina],

- Morfologia krwi (alkoholizm, deficyt B12, porfiria, stan bazowy do leków),

- ESR, RF (jako screening zaburzeń autoimmunologicznych),

- Badania HIV, HSV, WZW B,C, syfilisu,

- Hormony TSH, FT4, kortyzol,

- Zaburzenia elektrolitowe, profil nerkowy (do korekty, stan bazowy do leków).

- Waga, wzrost (BMI), Hb1AC, glukoza, lipidogram, ciśnienie tętnicze (do monitoringu sercowo-naczyniowego).

- Prolaktyna, zdrowie seksualne, płodność, antykoncepcja (do planowania leków)

### ANTYPSYCHOTYKI W CIĄŻY

Strategia leczenia antypsychotycznego (Ryc.8-10) zakłada leczenie choroby podstawowej z jednoczesnym atakowaniem samych objawów, jeśli są one niebezpieczne lub wyjątkowo uciążliwe. Warto jest zwrócić uwagę na szczególne grupy popu-

lacyjne, np. kobiety w ciąży lub w okresie karmienia piersią. Pamiętaj, że zdrowie dziecka zależy od zdrowia matki! Unikanie ryzyka defektów płodu w nadziei, że choroba psychotyczna „*sama jako się rozwiąże*” może skutkować śmiercią i matki i dziecka (dowody w Taylor et al., 2018).

- Planowanie ciąży: w stabilnym leczeniu PPD, rozważ zatrzymanie leku. Jeśli chora przyjmuje leki teratogeniczne, możesz spróbować zmniejszyć ich ilość lub przełączyć się na inne.

- Niespodziewana ciąża: nie zatrzymuj nagle leków antypsychotycznych! Nawrót psychozy to większe ryzyko dla matki i dziecka. Kontynuuj obecne leczenie.

- Antypsychotyki są zazwyczaj bezpieczne w ciąży, chociaż nigdy nie można gwarantować braku powikłań.

- Benzodiazepiny powinny być stosowane w ostateczności, zwłaszcza w ostatnim trymestrze. Prometazyna jest wskazywana jako zamiennik, chociaż dane nt. bezpieczeństwa są znikome.

- Karmienie piersią: nie ma wielu dowodów na bezpieczeństwo stosowania antypsychotyków w tym przypadku. Ulotka mówi o ostrożności w stosowaniu tych preparatów w okresie karmienia niemowlaka (prawdopodobne uszkodzenie systemu nerwowego). Olanzapina wydaje się być stosunkowo bezpieczna.

### EPILOG

Dorothy była monitorowana na specjalnym oddziale perinatalnym. Udało się uzyskać jej całkowitą stabilizację na olanzapinie. Po kilku tygodniach została wypisana do domu.

Przełom konektomiczny w dziedzinie rozpoznawania psychozy zrewolucjonizował sposób postrzegania i prognozykacji PPD. Procedury obrazowania funkcjonalnego i anatomicznego mózgu mogą być wykorzystywane do przewidywania progresji choroby, wariantu genetycznego, ryzyka progresji w stanie prodromalnym i wpływu czynników środowiskowych na rozwój patologii (Kahn et al., 2015). Wobec takich dowodów, nie sposób oprzeć się wspomnianej wcześniej hipotezie o PPD jako chorobie rozwojowej czy też fenotypowej (odmiana normalności). Ze wszechmiar znamienym jest, że dzieli ona tyle objawów z „normalnymi” ludźmi. Być może konstelacja symptomów PPD jest charakteryzowana patologicznie tylko wobec dekompensacji społecznej i kognitywnej. Wysokofunkcjonujący ludzie nie zgłaszają się do poradni psychiatrycznych ze swoimi objawami wytwórczymi bądź negatywnymi, albowiem nie są dla nich zbyt uciążliwe. Być może nawet nie zdają sobie sprawy z ich patologii? Być może w każdym z nas jest odrobina szaleństwa?

#### MYK NAUKOWY

##### ROZBITA

##### PARALOTNIA

Sprawdź, czy urojenia nie są prawdziwe. Nawet pacjent w PPD może mieć wrednych sąsiedów czy mogą mu się przydarzać nieszczęścia. Zanim stwierdzisz że to F2o, sprawdź czy przed szpitalem nie ma rozbitej parolotni...

#### MYK KLINICZNY

##### MAMA WKŁADA MI MYŚLI

Bądź wstrzemięśliwy wobec stwierdzania urojeń czy interferencji. "Jak mama powiedziała o kebabie, to od razu chciałam zjeść super mega rolo" nie jest złe. Sam bym chciał teraz jednego zjeść...

#### MYK NAUKOWY

##### OPÓŹNIANIE

Prowadzenie rozpoznania różnicowego nie powinno opóźniać właściwego leczenia objawowego.

# KOSMONAUTA, KTÓRY CHCIAŁ MNIE POZWAĆ



## NOTA BENE

Niektóre prezentacje będą przedstawiane z większymi szczegółami, aby umożliwić pokazanie danych aspektów choroby.

**P**atryk jest 22 letnim studentem inżynierii aeronautyki na jednej z najlepszych politechnik na świecie. Od czasów liceum interesował go przemysł kosmiczny: brał udział w wielu konkursach, zdobywał nagrody za can-saty i mikrosatelity. Uzyskał stypendium Prezesa Rady Ministrów za najlepiej zdaną maturę. Rodzice nie zgłaszali żadnych problemów w dzieciństwie; Patryk mieszka z nimi w przytulnej dzielnicy dużego miasta uniwersyteckiego.

Sielankę życia przerwał nocny telefon na policję, w którym ojciec Patryka drżącym głosem prosił o natychmiastową interwencję domową:

*Zaraz po kolacji, zaczął krzyczeć do ściany  
i...i rozbił szklaną butelkę o framugę  
drzwi! Nie wiem, co mam z nim zrobić!*

W obawie o własne bezpieczeństwo, rodzice zabarykadowali go w pokoju.

Funkcjonariusze zabrali Patryka do szpitala, gdzie zobaczyłem go w obstawie dwóch ochroniarzy. Oficjele obezwładniali pacjenta, fizycznie przetrzymując go na łóżku. Natychmiast kazałem go puścić, na co chory znacznie się uspokoił. Wszyscy usiedli na niewygodnych sofach.

- W czym mogę ci pomóc?
- W niczym. Nie jestem chory.
- To dlaczego tutaj jesteś?
- Bo próbowałem zniszczyć ścianę.
- Rodzice mówią, że byłeś agresywny i bali się o swoje życie.
- Ehe. I co? To oni tak mówią.
- Opowiedz mi o tym, co się stało.
- Chcę wrócić do domu. Nie mam problemów z halucynacjami, nie mam urojeń, nie mam problemów z nastrojem, śpię dobrze.

- W porządku. Rodzice mówili, że od jakiegoś czasu twoje zachowanie się nieco zmieniło. Zaczęłeś mieć zaległości na studiach, kupiłeś kilkanaście dziwnych książek o okultyzmie, załoniłeś ekran komputera i telewizora.

- Ehe. I co?
- Przez kilka ostatnich tygodni byłem coraz bardziej wycofany, nie jadłem z rodziną, wszyscy się o ciebie martwili.
- Niepotrzebnie.
- Skąd takie zachowanie?
- Nie lubię otwartych ekranów. Dają mi złe wibracje. I naprawdę nie rozumiem czemu wy się ciągle mnie czepiacie? Nie rozumiecie, że jestem zdrowy? Pozwę was wszystkich! Pozwę lekarzy, policję, pielęgniarki. Ogołocę ten cały szpital. Nie

wiem, jak zapłacicie za prąd. Zobaczycie, jak was mój prawnik oskubie!

- Pozwiesz? A to ciekawe. Jak?
- No jak to jak? Skontaktuję się z najlepszą kancelarią prawną w tym kraju.
- Kim dokładnie?
- Mike Ross i Harvey Specter. Są znakomitymi prawnikami. Już oni was załatwią!
- Ten Mike i Harvey z serialu „W garniturach”?
- Tak. Ale to nie jest serial. Oni naprawdę ze mną się kontaktowali. Ci aktorzy są w życiu codziennym bardzo dobrymi prawnikami.

- A jak im zapłacisz?

- Mam to wszystko rozplanowane – Patryk wyjął swój zeszyt, w którym widniały wykresy, tabele, rozpiski i odręczne notatki – Aresztowali mnie o godzinie 18.30 03/02/2019 roku, zatem  $3+2+2+1+0+9=17$ .  $17 \times 1830$  to 31 110. Tyle pieniędzy mi potrzeba i tyle zostanie mi przelane na konto, gdy to ustalę. Potem wylewaruję to na forexie i zdobędę pozostałe części raty.

- A masz pieniądze, żeby wpłacić zaliczkę?
- Nie. Ale i tak będą mnie reprezentować.
- Na studiach się nauczyłeś tej matematyki?

Kwestionowanie wierzeń chorego dało pewne wyniki: uzyskaliśmy wiadomości nt. jego dziwacznych przeświadczeń, w dużej mierze wtórnych do zewnętrznych faktów: serialu czy liczb. Fakty te są jednak przeinaczane - mają dla chorego specjalne znaczenie

- Tak. Chcę zostać handlowcem i brokerem na giełdzie. Teraz jestem kosmonautą dla ESA.

- Lubisz to, co robisz?

- Kiedyś mi się podobało, ale już się tym znudziłem. Lubiłem grać w piłkę, ale też tam już nie chodzę. Nie chce mi się. Nie mam ochoty się widzieć z innymi ludźmi, bo mi zazdroszczą, że mam taki talent do liczb. Chcą mnie wkopać do tego psychiatryka, tak jak wy. Nie możecie znieść, że jestem od was lepszy. Ale spokojnie, jeszcze za wszystko mi zapłacicie.

- Patryku – rodzice do tej pory nie odzywali się w rozmowie – Nie krzycz tak na pana doktora.

- Będę krzyczał ile chcę stara jędo! Mam dosyć waszych gier. Nie mam zamiaru tu zostawać ani chwili dłużej!

- Panie doktorze, widzi Pan, no nie damy rady z nim... musimy go chyba zamknąć w tym ośrodku. Naprawdę trzeba mu jakiejś izolacji.

- Jak młody człowiek może tak mówić???



## NOTA BENE

Wiązanie pacjenta jest nie tylko niebezpieczne, ale i przeciwskuteczne. Proste rozwiązania są najczęściej skuteczne!



Nagła agresja może się brać z nasilenia halucynacji. Gdy głosy zachęcają chorego do rzucenia butelką o ścianę, ten w końcu nie wytrzyma. Charakterystyczną cechą jest brak chęci zrobienia komuś krzywdy



## NOTA BENE

Takie zachowanie jest bardzo często zwiastunem okresu prodromu psychozy. Czemu zasłania ekrany? Czyżby coś się z nich czało? Czyżby ktoś oglądał go we śnie?

**OBSERWACJE:**

Najpierw sam pomyśl, co zaobserwowałaś podczas tej krótkiej rozmowy. Rozwiązanie poniżej:

- Patryk może obecnie cierpieć na **pierwszy epizod psychozy**. Mamy dowody na okres prodromu, w którym przestał angażować się społecznie, odnotował wyraźny spadek funkcji naukowych i poznawczych.
- Chory również wykazuje szereg **zaburzeń myślenia**. Ma dezorganizowaną mowę, nadprodukuje myśli, jest miejscami niespójny.
- Mamy trochę dowodów na **urojenia**: *być może* (!) wielkościowe (nadzwyczajne zdolności matematyczne), persekucyjne (ktoś chce mnie unieszkodliwić, bo jestem uzdolniony), mylne interpretacje (np. nadmierne doszukiwanie się znaków w liczbach, myślenie, że postacie z serialu są z nim w kontakcie). Warto zauważyć, że wierzenia te opierały się konfrontacji z rzeczywistością.
- Niewykluczone są również **halucynacje**: słuchowe, a może i nawet wzrokowe (zasłaniał ekrany, czuł „złe wibracje”?)
- W pierwszej części wykazywał dużo **objawów negatywnych**: wycofanie myśli, zdawkowe odpowiedzi, brak ruchów (może to wynikać z braku zaufania!)

Warto zauważyć, że na tym etapie trudno jest cokolwiek zdiagnozować. Jakikolwiek fakty muszą być poddane solidnej weryfikacji. Patryk został więc zatrzymany na obserwację. Zaordynowałem pełne badanie fizykalne, EKG, testy krwi i obrazowanie MR głowy.

*Rozpoznania różnicowe:*

- Pierwsza psychoza w PPD (jak wyżej),
- Zaburzenia spektrum autystycznego (wycofanie społeczne, przywiązywanie uwagi do „rzeczy”, numerów, znaków, bardziej niż ludzi),
- Normalne dojrzewanie (atak w stronę rodziców, bunt, zmiana zainteresowań, zaburzenia adaptacyjne),
- Psychoza wywołana substancjami (może być pod wpływem toksyn lub narkotyków).

**KONTYNUACJA PRZYPADKU:**

Objawy były uporczywe przez kolejne dwa tygodnie. Patryk dalej nie wychodził ze swojego pokoju w szpitalu i nie angażował się w zajęcia na oddziale. Nie chciał nic słyszeć o widzeniu ze strony rodziców, chociaż ci wysyłali mu przekąski i oferowali wyjście na kawę. Patryk ciągle powtarzał oskarżenia wobec personelu medycznego i był bardzo agresywny, gdy pielęgniarze wyjaśniali, że na terenie szpitala obowiązuje zakaz palenia papierosów. Wdrożyłem leczenie aripiprazolem

(antypsychotykiem), którego Patryk nie chciał brać regularnie. Na następnym obchodzie Patryk siedział na łóżku w zimnym pokoju i pograżał się we własnych myślach. Jego odpowiedzi były zdawkowe i agresywne.

- Jak się czujesz Patryku?
- Dobrze.
- Rozmawiałeś z rodzicami?
- Tak.
- I jak?
- Chcą, żebym przyszedł do domu.
- A ty byś chciał?
- Tak.
- Dalej chcesz mnie pozwać?
- Tak. Oczywiście. Was wszystkich.
- Nie jesteś już taki agresywny jak wcześniej.
- Bo nie chce mi się z wami rozmawiać.
- Rozumiem, nie będę zabierał ci dużo czasu. Na początku powiem, że mam dobrą wiadomość.
- Hm?
- Twoje badania krwi, wykres pracy serca i skan głowy są OK.
- Ehe. No dobrze.
- Nie bierzesz zapisanych ci leków?
- Nie lubię tabletek.
- Chciałbyś może spróbować czegoś innego?
- Na przykład?
- Możemy zalecić ci zastrzyki. Nie trzeba ich robić codziennie.
- A boli to?
- Każdy odczuwa to na swój sposób, może w sumie w ogóle nic nie poczuć. Sam się przekonasz.
- No dobra. Jak muszę to wolę zastrzyki.

Wydałem odpowiednią receptę. Półtora tygodnia później Patryk zaczął brać prysznic i oddał swoje ubrania rodzicom do prania. Zaczął wychodzić z pokoju, ale niechętnie patrzył w kierunku psychologów. Pod koniec drugiego tygodnia od rozmowy wyszedł zagrać w piłkę z innymi. Po powrocie opowiedział pielęgniarce, że sprawiło mu to dużą przyjemność. W krótkiej rozmowie na oddziale zachęciłem go, żeby wziął udział w innych zajęciach: na siłowni, grupie rysunkowej i małym turnieju tenisa stołowego. Przystał na to i zgodził się, że to lepsze niż „samo gadanie” z psychoterapeutą. Tydzień później, w trakcie obchodu, zastałem Patryka na boisku do koszykówki. Pomachał mi energicznie.



**NOTA BENE**  
Nie wiemy jeszcze, czy Patryk ma PPD. Niemniej jednak, jego objawy są realne i należy je leczyć teraz. Diagnostyka nie ustaje...



**NOTA BENE**  
Pacjent powinien być częścią rozmowy o lekach. Naprawdę! Czasami zacznie je brać, jeśli ustalisz odpowiednią dawkę czy sposób podawania.



**NOTA BENE**  
Po tak długim czasie możemy być bardziej pewni diagnozy psychozy pierwotnej. Reakcja na antypsychotyki również pozytywnie nastraja.





**NOTA BENE**  
Ten fragment może wydawać ci się głupi, ale naprawdę **MOŻESZ** załatwić większość problemów na terenie zakładu, bez skierowań i wizyt na SOR.

Opowiedział krótko, że czuje się dobrze i czeka na wypis ze szpitala.

– Tylko jedna rzecz, panie doktorze, ten brzuch mnie boli.

– Mógłbyś to opisać?

– Tak. Mam taki silny ból w brzuchu tu, na środku, pod mostkiem. Zwłaszcza po zjedzeniu kilku paczek chipsów i wieczorem, gdy leżę po kilka godzin w łóżku.

Po dokładnym zbadaniu i zebraniu wywiadu stwierdziłem, że Patryk ma chorobę refluksu kwasu żołądkowego i przepisałem mu omeprazol. Pielęgniarka dziwiła się.

– To on chyba potrzebuje skierowania do gastrologa??? Albo trzeba go wysłać na SOR!

– Nie. Nie trzeba. W jego przypadku jestem dość pewny diagnozy.

– I co, tak można dzieciakowi po prostu dać leki? Nie może tego lekarz rodzinny zrobić?

– Nie. Możemy to zrobić tutaj. Nie ma najmniejszego problemu.

W piątek na wspólnym spotkaniu omówiliśmy przyszłość Patryka. Rodzice zgodzili się, aby wyszedł na trzy dni do domu. Zacząłem rozmowę z Patrykiem.

– Rozumiesz, co stanie się od tej pory?

– No tak. Idę do domu.

– Nie tylko. Od teraz musisz zacząć z powrotem angażować się w zajęcia domowe, pomagać mamie i tacie. Oni teraz będą ci wskazywali dalsze kierunki działania.

– Eee no tak. Ale chcę wrócić na uczelnię.

– To możesz zrobić potem. Postaraj się robić jeden krok na raz. Dziś skup się na dobrym powrocie do domu. Wiesz o tym, że będziesz musiał dalej brać leki, żeby utrzymać swój dobry stan zdrowia?

– Tak, oczywiście. Będę brał, obiecuję.

– W porządku. To jakie plany na weekend?

– Ale panie doktorze... co my możemy zrobić?

– Matka popatrzyła na mnie błagalnym wzrokiem – Patryk jest chory. On potrzebuje wsparcia. Czy będzie z waszej strony pomoc w tej kwestii?

– Oczywiście. Mamy do dyspozycji linie kryzysowe i zespół reagowania w środowisku. Wsparcie z mojej strony też pozostanie. Choroba mózgu Patryka jest w stanie, w którym uważam, że możemy kontynuować leczenie w domu. Musimy ustalić plan, w którym wy z Patrykiem przejmiecie kontrolę nad dalszą strategią działania.

– Ale co my możemy zrobić?

– A co zwykle robicie na weekend?

– Hmm... sprzątanie, pranie, zakupy, wyjście do kina czy na basen.

– Patryku, możesz zrobić któreś z tych?

– No... może?

– To znaczy? W czym pomożesz rodzicom?

– Yyy... mogę pojechać z nimi do sklepu, pomóc nosić zakupy, wywiesić pranie.

– A jeśli wszystko pójdzie dobrze – ojciec wrucił się do rozmowy – to w niedzielę razem pójdziemy na pływalnię. A potem może i do kina na najnowsze Tarantino. – Patryk rozchmurzył się – Pewnie!

Bardzo ważne jest dawanie konkretnych wskazań, planowanie tego, co zrobi każdy z domowników i czego będzie wymagać się od chorego. Bardzo często rodzina po prostu boi się traktować krewnego jak „normalnego”, boją się, że mu zaszkodzą czy że ten będzie agresywny. To nie tylko opóźni powrót do normalnego funkcjonowania, ale i wypromuje szkodliwe zachowanie chorobowe.

To sytuacja, w której pacjent przybiera rolę „chorego”: liczy na pomoc od świadców zdrowotnych, wierzy, że sobie nie poradzi, szuka możliwości przejścia na rentę, chce być zależny od innych, bo jego umiejętności życiowe zanikają.

W żadnym wypadku nie można do tego dopuścić. Bądź oporna na próby rodziny, innych oddziałów i profesjonalistów służby zdrowia, którzy chcą wepchnąć chorego w szufladę „wariata, którego trzeba gdzie zamknąć”. Staraj się nie traktować urojeń w sposób emocjonalny. Nie oburzaj się moralnie, gdy 18 letni chłopak mówi o tym, jak duże dawki narkotyków, seksu i krwiozerczych imprez dają mu się zrelaksować. Nie mów: „no ale słyszałeś co on powiedział? Żeby w takim wieku się tak zachowywać? Takie teksty? Tak zwracać się do mamy?”.

To właśnie na lekarce bardzo często skupiają się oczy wszystkich w pokoju, gdy pada pytanie „ale czy on może funkcjonować normalnie”. Odpowiedz twardo: Tak. Może.

W poniedziałek odbyło się spotkanie wszystkich uwikłanych w dalsze leczenie i wsparcie chłopaka: rodzice, pielęgniarki, pracownicy socjalni i przedstawiciele uczelni. Gdy rano zasięliśmy przy stole, brakowało tylko głównego zainteresowanego.

– Witam wszystkich. Dziękuję bardzo za przybycie. Nie ukrywam, że jestem bardzo pozytywnie nastawiony co do wyników leczenia Patryka.  
– Nie zdążyłem dokończyć zdania, gdy chłopak



**NOTA BENE**  
Staraj się nie zganiać wszystkiego na POZ. Jak mówił poeta: *A lekarz, choć tylko rodzinny, wszystkiemu zawsze jest winny...*



**NOTA BENE**  
Rozmowy z rodziną oraz z samym chorym mogą być dość trudne. Pamiętaj: terapia to nie tylko leki! Sukces leczenia to powrót do normalnego życia.



**NOTA BENE**  
Im szybciej wypiszesz pacjenta, chociażby na kilka dni, tym szybciej powróci do normalnego funkcjonowania. Oferuj wsparcie środowiskowe, aby upewnić rodzinę.

wszedł do pokoju uśmiechnięty.

– Niespodzianka! – Krzyknął, na co sam nieco się roześmiałem. Chyba pierwszy raz widziałem go w tak dobrym humorze.

– Hej, co u ciebie słychać?

– Wszystko dobrze, dziękuję.

– Jak było na weekend? – Widać było, że wszyscy tylko na to czekali. Matka zabrała głos jako pierwsza.

– Panie doktorze, mnie się wydaje, że Patryk nie jest jeszcze gotowy na wypis. Proszę go nie wypisywać dzisiaj, naprawdę! On spędził z nami weekend i nie jestem do końca pewna tego, że on jest zdrowy.

– No właśnie zastanówmy się nad tym – wtrąciła pielęgniarka środowiskowa – on dopiero niedawno chciał rodziców atakować i był agresywny! Jak można wypisywać tak wcześnie? Może jeszcze z kilka tygodni...

– Na razie uczelnia nie może przyjąć kogoś z opiniami psychicznymi. Jesteśmy bardzo zaniepokojeni tym, jak Patryk sobie poradzi w życiu.

Zapadła cisza. Wszystkie oczy skierowały się w moją stronę.

– A co Pan myśli? – Zagailem ojca.

– A ja... ja myślę, że Patryk dobrze sobie radzi. Byliśmy razem na basenie. Poszedł i pomagał z zakupami. Nawet pranie wywiesił.

– No tak, ale ile musiałam się dopraszać! Ciągle tylko Patryku wyjdź z pokoju, Patryku przyjdź proszę na obiad. Non stop trzeba było się starać. On nie jest gotowy, nie ma mowy!

– Dokładnie. Jeszcze z tego, co Pani mówiła to głupio odpyskował i popchnął swoje krzesło w sobotę. To jest agresywne zachowanie – dodała pracownik socjalna.

– Patryku, to prawda?

– No tak. Bo akurat serial leciał, jak matka chciała coś ode mnie. A przecież wyniosłem już to pranie!

Zastanowiłem się chwilę.

– Chciałbyś tu zostać? – Chłopak wyraźnie pośmiał się.

– Jeśli muszę...

– Ja uważam, że nie musisz – zebrani byli wyraźnie niezadowoleni – Szanowni Państwo, Patryk ma chorobę mózgu, która jest dobrze leczona. Przyjmuje zalecone leki i wypełnia nasz plan zajęć. Nie można od niego wymagać żeby od razu nadrobił pół roku nauki czy wypełniał wszystkie zadania bez mrugnięcia okiem.

Ma 22 lata i jest normalnym człowiekiem! To, że nie chce mu się czasami czegoś zrobić będzie zupełnie normalne. Oczywiście, jeśli takie macie ustalenia – spojrzałem na rodziców – to trzeba od niego tego wymagać... ale przecież wypełnił swoje obowiązki i był grzeczny. Jedna chwila zderzenia o niczym nie decyduje.

– A może go do jakiegoś innego ośrodka skierować...

– Nie uważam, żeby to było potrzebne.

– Panie doktorze... pan jako specjalista powinien wiedzieć, że takie sprawy są skomplikowane... Nie można tak o sobie wypisywać...

– Ta akurat nie jest. Chciałaby Pani syna z powrotem w domu?

– Tak. Jeśli będzie się dobrze zachowywał

– To ma ode mnie Pani zielone światło. Proszę go spokojnie wychowywać, czynić ustalenia na temat podziału prac domowych, dotrzymywać umów i zaleceń. Tak, jak Pani i mąż ustalacie.

– I co? Można tak z nim? On jest chory...

– Tak. Można. A nawet trzeba. Byliście i dalej jesteście jego rodzicami. To jak, ustaliliśmy Plan?

– Jasne.

– Patryku, wypisuję cię w stanie ogólnym dobrym.

– Dzięki – uśmiechnął się i uściśnął mi dłoń.

Po dwóch tygodniach Patryk został wypisany z listy środowiskowego wsparcia psychiatrycznego. Postanowił przejść na leki doustne, które regularnie zażywał. W następnym miesiącu ustalił plan powrotu na studia i w trybie indywidualnym zdał wszystkie egzaminy zaległego półrocza. Pozbył się książek i dziwacznych plakatów ze swojego pokoju. Zaczął również chodzić na zajęcia z psychologiem. W rocznicę feralnego wydarzenia zacząłem powoli wycofywać antypsychotyki.

Po świętach przyszedł do mnie na ostatnią wizytę i pochwalił się, że znalazł pracę w firmie konsultacyjnej dla Europejskiej Agencji Kosmicznej. Podekscytowany opowiadał o nowych wyzwaniach, które będą go tam czekały. Mówił o kilku epizodach powrotu objawów. Nauczył się jednak radzić sobie z nimi bez leków. Starał się używać zachowań nauczonych podczas psychoterapii: zajęcia się czymś innym, wyjścia na spotkanie z kolegami czy chociażby prowadzeniem dziennika. Jest bardzo zadowolonym klientem. Jego rodzina podziękowała za pewność i weryfikację, jaką uzyskała podczas wcześniejszych spotkań. Pożegnali się szybko. Jadą odebrać brązowy medal uniwersyteckiej ligi koszykówki.



**NOTA BENE**

Bycie lekarzem chorób mózgu to bardzo często balansowanie między twardą miłością a czułym wsparciem. To umiejętność, której trudno się nauczyć od razu. Bądź zbyt suchy, a pacjent straci w ciebie wiarę i pomyśli, że go zostawiłeś. Otaczaj chorego nadmierną troską, a za miesiąc zmierzanie się z nawet najmniejszym stresem będzie skutkowało telefonem do ciebie z rozżalonym „nie radzę sobie, pomóż!”.



**NOTA BENE**

Wyleczenie nie musi oznaczać całkowitego ustąpienia objawów. Dobre życie i pomyślne funkcjonowanie to najlepszy miernik skuteczności terapii.

# HAKERZY ZAPŁODNILI MI DZIEWCZYNĘ



## NOTA BENE

Niechęć do brania leków może wynikać z wielu powodów. Robienie wyrzutów i krzyczenie na chorego raczej nic nie da.

**L**ukasz jest 35 letnim księgowym. Mieszka w bloku na jednym z osiedli w centrum miasta. Co rano wychodzi do pracy i skrupulatnie wypełnia swoje obowiązki. Sąsiedzi nie zgłaszają żadnych problemów co do jego zachowania. W pracy wydaje się być wręcz wzorowy.

Od jakiegoś czasu Łukasz stał się nieco bardziej podejrzliwy i skryty. Przestał chodzić na imprezy w pracy, a na weekendy często wydzwaniał do lekarza rodzinnego. Z jego mieszkania często czuć było dym papierosów, a na balkonie sąsiedzi zauważyli domową hodowlę marihuany. Łukasz jest znany opiece psychiatrycznej od jakiegoś czasu. Pierwszy epizod psychozy miał w wieku 18 lat. Kilka razy próbował odstawić lekarstwa na własną rękę. **Twierdził, że nie potrzebuje ich oraz że sam sobie poradzi, bo nie chce przecież brać leków do końca życia.**

W poniedziałek rano Łukasz nie przyszedł do pracy. Zadzwonił do szefa mówiąc, że źle się czuje i musi iść na SOR. Wbiegł panicznie na izbę przyjęć i przestraszony opowiedział o swoich przeżyciach lekarzom medycyny ratunkowej. Ci natychmiast wezwali pomoc psychiatryczną. Gdy go zobaczyłem, wydawał się być bardzo skryty.

Siedział cicho w kącie i nakrywał się kapturem swojej bluzy. Nie popatrzył na mnie, gdy chciałem się z nim przywitać. Jego wyraz twarzy był płaski i niewzruszony.

– Co mogę dla ciebie zrobić?

– Nie czuję się bezpiecznie w domu, panie doktorze, naprawdę. Moi sąsiedzi szpiegują mnie. Potrzebuję się wynieść stamtąd jak najszybciej. Ktoś włamał mi się na telefon i wstawił tam zdjęcia mojej dziewczyny.

– Której dziewczyny?

– Poznałem ją na portalu społecznościowym. To Tatiana, mieszka na Białorusi i wysłała mi wiadomość. Była w folderze „inne”, ale zajrzałem tam w poszukiwaniu dowodów na to, że mnie śledzą. To taka urocza kobieta. Opowiedziała mi o tym, jak trudno się jej żyje. Poprosiła o wysłanie pieniędzy, więc przekazałem jej 30 tysięcy złotych. Ci hakerzy grają w mojej głowie. Zabierają mi myśli i skanują wszystko, co się w niej dzieje. Jak spałem w nocy, hakerzy pobrali moje nasienie i zapłodnili Tatianę. Więc teraz ma moje dziecko. Pokazała mi już zdjęcia z USG. Teraz jestem za nią odpowiedzialny. Nie potrafię się im oprzeć, bo kontrolują każdą część mojego ciała.

– Nie było to podejrzane dla ciebie, że Tatiana chce od ciebie jakieś pieniądze?

– Teraz jak o tym myślę to jest! Ona jest w zmo-  
wie z hakerami. Hakerzy znają moje dane kontak-

towe z pracy. Mój szef, Mati, ciągle mówi, że za dużo ma pracowników i mu obcinają premię... to o mnie... chce mnie wyeliminować z posady i dlatego nasyła hakerów. Wiem, że to moja wina i że hakerzy też mnie za to ścigają. Mati nie pozwoli mi wziąć urlopu ojcowskiego. Już czeka tylko, żeby mnie wylać... jak się dowie o dziecku... Nie powinienem był gwałcić Tatiany w ten sposób. Teraz spotka mnie za to kara. Muszę odpokutować swoje grzechy.

– Gdzie poczujesz się bezpiecznie?

– Na pewno nie w szpitalu! Tam pacjenci przychodzą sami i są w zmo-  
wie z lekarzami. Hakerzy znajdują sposób, żeby wejść do szpitala. Podadzą się za psychicznie chorych, oszukają medyków, a potem mnie dopadną. Nie ma miejsca bezpiecznego dla mnie.

– Dlaczego ci hakerzy się na ciebie uwzięli?

– Widziałem fakturę za prąd, w której było napisane do zapłaty „100 złotych” to dało mi do myślenia. Hakerzy mają ustaloną cenę za moją głowę. Ktoś musiał wziąć pieniądze za moje morderstwo. Głosy mówią mi, żebym się zabił, bo to jedyna forma bezpieczeństwa!

## OBSERWACJE:

- Dezorganizacja mowy,
- Urojenia prześladowcze (hakerzy, spisek),
- Urojenia wtórne (np. rozmowa w pracy mogła rzeczywiście się odbyć, Łukasz ją opacznie zinterpretował), pasywności (ktoś kontroluje),
- Blokady i interferencje myślowe,
- Halucynacje głosowe (zwłaszcza niebezpieczne, gdy są w formie komend!),
- Uwaga na ryzyko wykorzystania (przekazywanie dużych sum) i samobójstwa.

## Rozpoznanie różnicowe:

- Epizod psychotyczny PPD (znany opiece medycznej, przestał brać leki, objawy pozytywne),
- Ostra reakcja na stres (być może ma silne czynniki stresowe, które powodują parapsychotyczne objawy lub nasilają objawy jego PPD),
- Malingierencja (chce wykorzystać świadczenia, aby nie zostać zwolnionym z pracy).

## KONTYNUACJA PRZYPADKU:

Po zatrzymaniu na obserwację, Łukasz dalej utrzymywał swoje objawy. Przepisałem jego poprzednie leki i zleciłem badania krwi, EKG oraz standardowe pomiary czynności życiowych. Łukasz powoli wrócił do siebie. Postanowił przyjmować lekarstwa w postaci zastrzyków, aby lepiej wpasować to w jego grafik pracy. Zaczął również chodzić na psychoterapię, aby lepiej poradzić sobie z atakami paniki i izolować przejmowanie się trudnościami w pracy od jego życia codziennego, przyjemnych doświadczeń czy zainteresowań.



## NOTA BENE

Chorzy niekoniecznie muszą cynicznie wykorzystywać świadczenia opieki społecznej. Wytworzona w nich zależność od innych nie daje im innego wyboru. Dlatego tak ważne ich promowanie normalnego życia.



# JEGO WYSOKOŚĆ KRÓL AMADEUSZ

**A**madeusz jest 44 letnim mężczyzną przebywającym na oddziale chorób psychiatrycznych. Sam twierdzi, że ma 76 lat, ponieważ metryka urodzenia dodała mu dodatkowe kreski bez jego zgody. Jest bardzo niepokojony, że pielęgniarki na oddziale nie pozwalają mu na częste przerwy na papierosy. Pali marihuanę, ponieważ pozwala mu „dotrzeć lepiej do samego siebie” i „odnaleźć ukryte pokłady myśli”. W młodości palił 1-2 jointy miesięcznie, teraz zwiększył to do kilku dziennie, bo „bardziej się stresuje” i potrzebuje „odpowiedniego wyciszenia umysłu”.

– Amadeuszu, ale wiesz o tym, że ten oddział jest tylko dla osób poniżej 75 roku życia. Jeśli masz rzeczywiście 76 lat, powinieneś przebywać na oddziale geriatrycznym.

– Zdaję sobie z tego sprawunek, szanowny Panie, ale w związku z ustawą o ochronie lat i dóbr ziem odzyskanych, paragraf 8 faszcykuł 10, piątę przez bibułkę zainaugurowano mi lata dodatku nadzwyczajnego metrycznego w tak zwanym trybie kątulewskim wtórnym. To nic jednak w porównaniu do budowy Centralnego Portu Lotniczego, w którym wylewa się osiemset ton betonu dziennie. To właśnie tam będą aklimatyzowane palmy z Amsterdamu, które posłużą jako schron dla Żydów ewakuowanych z Palestyny, bo tam już nikt nie chce mieszkać.

– Wróciłeś wczoraj po godzinie udzielonej przepustki.

– Rozpoznaję powyższy zarzut w stopniu odpowiednim i zasadnym oraz uznaję jego powinowactwo prawdomównościowe, niniejszym jednak pragnę zaznaczyć, że jedynie trzy rzeczy są ważne: rój, bój i znój; rój, bój i znój, panie doktorze, w szczególności znój miodowy lipny i wobec powyższego spędziłem te dodatkowe godziny w moim domostwie, pod którym jestem prawnie zameldowany, w urzędzie stanu cywilnego, rozkoszując się własnym towarzystwem.

– Wiesz, że to może skutkować skróceniem ci przepustki?

– Zdaję sobie z tego sprawunek wypadkowy jednakowoż muszę od razu odrzucić oskarżenia, odrzucić oskarżenia, panie doktorze, jakie zostały wysunięte w moim kierunku pod względem artykułu 134 kodeksu lekowo-bekowo-baczewskiego, z powyższym wzięte wiązać muszę, że zarzuty owe będą bezpodstawne. Kanabis palę tylko sporadycznie, nie jestem tak jak inni palący często. Wobec tego domagam się jedynie przepustki na artykuł 884 kodeksu wolności prywatnej, aby zezwolono mi na użycie tego kanabinoidu, mojego mózgowego bolidu, bo amnezja finezja najlepiej koreluje atrezja.

– Czyli jeśli wykonamy test narkotykowy, to może być on pozytywny?

– Nie utrzymuję już kontaktu z narkotykowymi nosicielami, jestem zupełnie czysty od używania jakichkolwiek używek narkotykowych, zbijam natychmiastowo te wypadunki oskarżeniowe i przysposabiam, że zostałem poddany eksperymentowi medycznemu biopsji mózgu, podczas którego mój mózg został wymieniony z użytkownikiem kanabisu, to jest konopi indyjskiej, za który zapłaciłem 30 złotych polskich nowych, niemniej jednak zostałem wprowadzony w oszustwo ustawowe. Jako że te 30 walut przekazałem przez konto oszczędnościowe z powinowactwem mojego powiernika prawniczego, pod adresem Łódź Marszałkowska 1/1, jak wskazano w biurze rzeczywistym beneficjentów pierwotnych.

– Amadeuszu, czy ktoś tobie te narkotyki podał podstępem?

– No, ależ panie doktorze, szanujmy się! W rzeczy samej znam się znakomicie na prawie karnym, psychicznym i medycznym. Jestem laureatem olimpiady psychiatrycznej, ukończyłem z wyróżnieniem uniwersytet Harvarda, Oxford i Jagiellonkę, wszystkie z podwójnym dyplomem medycznym i prawniczym. Moje publikacje książkowe wychodzą na całym świecie. Nie wiem, czemu mam urągać się do tłumaczenia.

– Kiedy wychodzi twoja następna książka?

– Już niedługo powinna wyjść, zostałem poinformowany przez wydawcę, że...

**A te poprzednie? Gdzie je mogę kupić?**

– Wszystkie zostały zatajone przez rząd, bo chcą mnie zniszczyć; mnie i moją reputację. Na mnie jest w mediach wraźego rządu, zwanych dla niepoznaki przeciwnika publicznymi, embargo!

– Zgodzisz się na pobranie testów krwi?

– Nic nie mam do szanownego kolegi, ale już raz rząd mnie oszukał, mianowicie zabrał mi moja krew w umowie, której nie dotrzymali. Moją niebieską krew, która jest używana do leczenia dzieci z chorób rozwojowych, mieli mi uiścić odpowiednią opłatę za to, niestety, oszukali mnie na sumę ośmiu i pół pinty mojej krwi, za co niestety nie zgadzam się na dalsze jej pobieranie.

– Potrzebujesz naszej pomocy?

– Mój dom wymaga niestety małego remontu. Mam co prawda stały dochód, który otrzymuję z wypłat za moje książki, przemowy i wystąpienia; czytelnicy dbają o mnie, stąd nie jestem na żadnym zasiłku gadzinowych mediów, ale może mi w chwili obecnej nie wystarczająco wystarczyć na dokonanie wszystkich sumiennych znamienych napraw. A godzin robotnik zapłaty swojej!



## NOTA BENE

Człowiek, który chciałby udawać psychozę, nie wytrzymałby takiego tempa myśli, idei, łączenia głosek i nieustannej produkcji niedorzeczności. Po kilku godzinach po prostu skończyłby mu się para w umysłowym kotle.



## NOTA BENE

W pewnym momencie musisz przerwać tę tyradę słów, bo inaczej nigdy nie dobrniesz do końca konsultacji.



**NOTA BENE**  
Brak higieny lub zanie-  
dbania zdrowia mogą  
brać się z nasilonych  
urojeń i strachu.

– A co do twojego zdrowia?  
– Nie jestem chory! Moje półkule znakomicie się nakładają, moje serce jest silne, a moja krew to bije źródłanie. Nie mam medycznych zabiegów.

– Pomyślałeś, żeby skorzystać z dostępnych tu systemów sanitarnych?

– Nie ma mowy! Panie doktorze, nie oszukujmy się, dobrze wiemy, że to węże.

– Węże?

– Tak, węże medyczne, udzielają się z przysznica i pompują we mnie swoje trujące gazy oraz chemikalia. Nie mam zamiaru poddawać się takim eksperymentom medycznym.

#### OBSERWACJE:

- Dezorganizacja mowy: łączenie głosek, używanie neologizmów,
- Wykolejenie myśli, nadprodukcja myśli, nacisk i presja mowy,
- Urojenia wtórne (fakt przeczytany w gazecie nt. portu lotniczego przeistacza się w specjalne znaki i konotacje), urojenia prześladowce (spisek, operacje bez zgody) i częściowo wtórne do nich wielkościowe (słynny pisarz, intelektualista),
- Wycofanie społeczne (własne towarzystwo),
- Objawy autystyczne (rytuały, zwiększone zainteresowanie przedmiotami),
- Brak napędu w działaniu, ambiwalencja.

Amadeusz niestety cierpiał na lekooporną formę PPD. Nawet kilka kursów standardowych antypsychotyków nie przyniosło oczekiwanych rezultatów. Po zmianie leku na klozapinę oraz wzmoczonej pomocy psychologicznej, powoli udało mu się kwestionować swoje wierzenia. Kilka tygodni później stał się nieco bardziej wyciszony i mniej produktywny, ale dalej starał się chodzić na zajęcia terapii grupowej. Zainteresował się programowaniem i prawem, albowiem architektura systemów komputerowych wydawała mu się logiczna i zrozumiała.

#### KONTYNUACJA PRZYPADKU:

Rodzina bardzo wspierała Amadeusza. Jego żona w szczególności aktywnie uczestniczyła w organizowaniu leczenia domowego.

– Jestem wyjątkowo szczęśliwy – powiedział na ostatnim obchodzie – Czuję, że zmieniłem swoje życie na lepsze. Czuję, że jest dla mnie nadzieja.

– Bardzo się cieszę. – Spojrzałem na żonę – A Pani co myśli?

– Amadeusz jest nie do poznania. Dziękuję bardzo, panie doktorze, naprawdę myślę, że jest zupełnie innym człowiekiem. Zapisał się nawet na wolontariat do jednej z organizacji charytatywnych. Ma im programować komputery kasowe.

– Znakomicie. To bardzo dobre dla ciebie: mieć strukturę i szansę na rozwój w życiu. Zaczniemy od małych zmian, np. kilka godzin z fundacją charytatywną tygodniowo. To nauczy cię solidności i przyzwyczai z powrotem do samodzielnej pracy.

– Chciałbym już móc wrócić na etat – zaśmiał się – Ale wiem, że to niemożliwe. Nie jestem jeszcze gotowy. Ale muszę się pochwalić, że cały tydzień sam robiłem obiad. Do tego z pomocą prawnika zorganizowałem swoje finanse.

– Wykonaliśmy badania krwi i wyszło z nich, że masz nieco podniesiony cukier. Z cholesterolem też dałoby się coś zrobić. Wiem, że próbowałeś innej diety i ćwiczeń wcześniej. Chciałbym przepisać ci leki na to.

– W porządku. Cokolwiek będzie dobre dla mojego zdrowia.

– Jakoś sobie z tym wszystkim poradzimy. – Żona była pełna nadziei – A teraz chodź już Amadeuszu, zostaw pana doktora w spokoju, dzieci czekają w samochodzie.

**R**obbie jest 24 letnim baristą w znanej sieci kawiarni. Wychował się w mieście średniej wielkości na zachodzie Polski. Jego dzieciństwo było zupełnie normalne. Dziadkowie rozpieszczali go częstymi wizytami i smakołykami; jeździli na wakacje nad morze, w góry, albo do ciotki na wieś, którą Robbie upodobał sobie w szczególności. Rodzice rozwiedli się, gdy był jeszcze mały. W szkole był wzorowym uczniem: ukończył liceum z wyróżnieniem i świetnie zdał maturę. Studiował automatykę i robotykę. Uwielbiał życie studenckie: do mieszkania wpadał tylko by przebrać się w strój sportowy i wyjść z kolegami na piłkę. Potem nocne imprezowanie i poranny kac odsypiany na zajęciach. Uwielbiał sport i fitness: całymi dniami przyszukiwał Instagramy piłkarskich gwiazd, by znaleźć kolejny zdrowy przepis czy program treningowy. Po zdaniu pracy inżynierskiej, postanowił przenieść się do Londynu, gdzie pnie się po drabinie korporacyjnej kariery. Jest już starszym szefem zmiany w ruchliwej kawiarni.

W poniedziałek rano lokalne telewizje angielskiej stolicy przeszły dramatyczna wiadomość. Lokalna poradnia lekarzy rodzinnych musiała zostać zamknięta na dwa dni. Do dziś nie wiem, jak Robbie połamał nogi stolika i rzucił nimi w 9 osób, w tym w bogu ducha winnego lekarza.

Na SORze siedział zamknięty w sobie. Z wyglądu był spokojny i wyważony: doskonale przystrzyżona fryzura, zapewne droższa niż dniówka młodego lekarza, modne streetwearowe ubrania i torba na siłownię – to dość rzadkie atrybuty „przestępcy”, którego obawiało się pół hrabstwa.



**NOTA BENE**  
Nawet tak silne urojenia mogą poddać się odpowiedniej terapii!

## CZY MACIE W SZPITALU KASZĘ BUNGUN?

Mama siedziała koło niego.

– Robbie nigdy taki nie był – głaskała go po plecach – Tydzień temu przyjechałam do niego w odwiedziny. Miałam zostać tylko dzień, ale Robbie jakoś dziwnie się zachowywał. Czuł się niespokojny... nie chodził na siłownię, zaczął jeść hamburgery i potrójnie czekoladowe muffiny...

– Zupełnie jak nie on? – Zrobiłem się trochę głodny. Na szczęście jogurt skyr już czekał na mnie po zakończeniu konsultacji.

– Zaczął mi mówić coś o ideach filozoficznych, religijnych, o wielkim zjednoczeniu świata. Cały weekend nie spał. Z pokoju dochodziły dźwięki niekontrolowanego śmiechu. Bałam się o niego, więc przyszedłam do lekarza rodzinnego dzisiaj.

– Robbie? Co ty myślisz na ten temat?

– Chrystusie... Chrystusie...

– Pamiętasz, co zrobiłeś u lekarza rodzinnego?

– Tak. Pobiliśmy kilka osób. Ale mamy nie ude-  
rzyłem. A poza tym to jest moja prywatna sprawa. Nie mam zamiaru ci nic więcej opowiadać.

– Robbie mówił mi, że to zachowanie bierze się ze światła mocy, które uzyskał w tajnym rytuale. Zapalił w nocy osiem papierosów do tego.

– Nieprawda. Pałę tylko jednego. Albo na spó-  
le z kolegą. Dbam o płuca. I przestań opowiadać o tym, to jest moja sprawa co ja robię.

– Opowiadał mi też o kontaktach z Bogiem że jest i jego specjalnym posłannikiem, który do nas przyszedł, aby objawić mu rzeczywistość.

– Mamo. Uspokój się. On i tak tego nie zrozumie. Te kontakty są moją prywatną sprawą. Mogę już iść? Spóźnię się na trening. A siedzenie tutaj jest okropne. Od przedwczoraj nie biegałem; przydałoby się spalić trochę kalorii. Macie tam mam nadzieję jakieś fit jedzonko w szpitalu?

– Używałaś jakichś narkotyków, Robbie? – Ten przystanął na chwilę.

– Nie twój interes.

– Przyjmujesz jakiegokolwiek leki?

– Nie będę z tobą rozmawiał.

– Bardzo cię milicja poturbowała?

– Został porażony cztery razy paralizatorem. Do tego rany od pałek. No i ta ręka złamana od rzucania meblami.

– Nie od rzucania, tylko od uderzeń.

– Rozumiem. Zajmiemy się tym wszystkim, zrobimy badania, prześwietlenie. Może cię boleć przez jakiś czas, Robbie.

– I co? No dobrze. Pójdę już do tego szpitala.

Zbadacie mnie tam i będę miał spokój.

Wobec braku agresji i zagrożenia, Robbie został przyjęty w trybie nieformalnym na oddział psychiatryczny. Następnego dnia wrogi spokój i nieufność przerodziły się w kwiecistą psychozę. Pielęgniarki ledwo radziły sobie z wysokim, umięśnionym chłopakiem, który szarżował przez korytarz oddziału.

– Robbie? – Popatrzyłem na niego, gdy zaproszony do pokoju rozmów śmiał się we własne ręce – Jak się czujesz?

– Mam moc! Mam moc! Wszystko teraz mi wolno! W końcu aktywowałem swój czakram! Zobaczyłem światło i odblokowałem swój kontakt ze światłami apokalipsy! – Robbie wyprostował się i popatrzył na mnie. Wydawał się głaskać wymaganego kota.

– Co robisz?

– To jest Felix. Nie czujesz jego wibracji? Ja czuję, jak go głaszczę. Słyszysz mruczenie? Musze go chronić przed psem Devlinem. Pies Devlin to zło tego świata. Dzisiaj miałem kolejną wizję we śnie. To nie głosy... to myśli, które nasylają mi inni ludzie... ludzie wiedzy. Oni dają mi tryb myślenia, przez który poznaję świat. Wszzechwiedzący daje mi dostęp do sekretów, które nie śniły się filozofom. Magiczne grzybki dobrze odkrywają ten świat.

– Jak udało ci się wnieść kota tutaj? Przecież to przeciwko polityce szpitala.

– Oszukałem ich.

– Tak? Jak to zrobiłeś? Jak przemyciłeś kota?

– Przez moje myśli. Schowałem go w głowie. Tam jest moja tajemnica, potrafię teleportować myśli i przedmioty w głowie. Kontaktuję się z czarną materią we wszechświecie i ona konfunduje cyberprzestrzeń.

– A więc masz magiczne moce?

– Tak. Jestem supermanem. Przybyłem na ziemię, aby uratować ludzkość.

– Supermanem powiadasz? A jaka jest twoja słabość? Kryptonit? – Chłopak zmrużył brwi

– A macie jakiś kryptonit w szpitalu?

– Na szczęście nie.

– A-HA! Ale ja i tak nie jestem na niego czuły.

– Mówisz, że jesteś supermanem, a superman ma słabość na kryptonit. Każdy superbohater ma jakąś słabość.

– Ja nie mam! Przybyłem na tę gwiazdę, żeby uratować ludzkość.

– Robbie, mam twój test narkotykowy. Co bie-



### NOTA BENE

Zmiany zachowania mogą mieć różne powody. Nie należy od razu zakładać najgorszego. Może po prostu miał gastro...



### NOTA BENE

Lekarze nie są od wymierzania sprawiedliwości. Staraj się świadczyć taką samą opiekę każdemu, bez względu na jego przeszłość.





#### NOTA BENE

Nie myśl, że chory od razu przyzna się do wszystkiego. Ludzie bardzo często mówią lekarzowi tylko tyle, ile „on (w ich opinii) musi usłyszeć”. Czasami nawet nie dają pełni badań... (bo po co mu?).

rzysz na co dzień? Co dają ci koledzy?

– Nic – zrobił pauzę – może czasami jakieś multiwitaminy.

– Multiwitaminy?

– Tak. Na przyrost zdrowia. Ale teraz już tego nie potrzebuję, bo jestem królem świata!

– A potrafisz latać?

– Tak.

– To pokaż mi.

Robbie popatrzył na mnie, ale z pełną powagą wysiedział na miejscu. Pamiętałem słowa mojego konsultanta: *Drogi Maksymilianie. Kiedy któryś pacjent naprawdę zacznie latać, to będzie czas dla mnie przejść na emeryturę.*

#### OBSERWACJE:

- Zmiana zainteresowań, zachowania,
- Wycofanie społeczne, ambiwalencja,
- Urojenia pierwotne: wielkościowe, posłannictwa, misyjne,
- Halucynacje słuchowe (brak komend)
- Halucynacje wzrokowe.
- Obniżenie zdolności kognitywnych (sztywność myślenia, brak komunikacji społecznej).

#### Rozpoznanie różnicowe:

- Pierwszy epizod psychozy w PPD (objawy psychotyczne zmiana zachowania),
- Psychoza wtórna do przyjmowanych substancji (nie wiadomo jakich? narkotyki? sterydy? alkohol) - czy jest to ostry przebieg wycofania czy psychoza wtórna do leków?
- Fizjologiczne dojrzewanie (nieufność, zmiana zachowania jako nowa faza, pseudopsychotyczne objawy stresowe),
- Encefalopatia (choroby przenoszone drogą płciową, HSV, HIV, Syfilis, enc. limbiczna),
- Ostra reakcja na stres (jw.).

#### KONTYNUACJA PRZYPADKU

Stan zdrowia Robbiego był coraz gorszy, a jego psychoza nasiliła się. Wątroba, nerki, układ krwiotwórczy: wszystkie wydawały się walczyć z mieszkanką dziwnych substancji, do których Robbie nie chciał się przyznać. Po przeszukaniu pokoju, matka odkryła paczki z żywnościami i innymi lekami hormonalnymi, które przechowywał w szufladzie. U dwudziestoparoletniego chłopaka wysiadająca wątroba, reaktywna supresja szpiku kostnego i niewydolność nerek wydawały się wręcz niewiarygodne. Oczywiście jego sylwetka była zbyt szczupła do ilości masy mięśniowej, aby przy takim trybie życia mógł osiągnąć efekty bez chociażby sterydów anabolicznych.

Komisja uznała, że Robbie zostanie unieruchomiony w szpitalu na dłużej. Należało osiągnąć

natychmiastową kontrolę objawów; inaczej chłopak mógł zrobić sobie jeszcze większą krzywdę. Umieściłem go na oddziale psychotycznym i przepisałem pierwszą dawkę leków.

Robbie zaczął przyjmować olanzapinę. Podczas kolejnego tygodnia, jego zachowanie uspokoiło się. Dalej narzekał na ból ręki, która ortopedzi umieścili w gipsie. Powoli wracał jednak do siebie. Na następnym obchodzie był o wiele bardziej spokojny i składny w swojej mowie.

– Czuję się już o wiele lepiej. Dalej boli mnie brzuch i ta ręka w gipsie. Próbuję myć się razem z nią, ale chciałbym już chodzić na siłownię.

– Młody człowieku, pamiętaj, najpierw ortopedzi obejrzą ci rękę, potem gastrologi zobaczą, co dzieje się z brzuchem... kardiolog musi spojrzeć na twoje EKG i powiedzieć, czy wolno ci chodzić na siłownię, więc nie tak prędko! – Pielęgniarka oburzyła się.

– Spokojnie. Zobaczą cię zaraz po obchodzie – szykowałem się na zaoszczędzenie kolejnych kilkunastu konsultacji – Jak się czujesz Robbie?

– Nie słyszę już żadnych głosów. Nie myślę też o jakichś wybitnych mocach... to było strasznie dziwne, co przeżyłem. Naprawdę mocno dziwne. Pamiętam, że brałem kilka ... multiwitamin... część polecili mi koledzy na siłowni, część z Internetu. Niektóre witaminy wstrzykiwałem do uda. Ale to chodziło o to, żebym mógł urosnąć trochę bez tłuszczu. Przecież tyle ludzi bierze te leki, wstrzykuje testosteron czy sterydy i jakoś nic im się nie dzieje?

– Ale to nie oznacza, że nic tobie się nie stanie.

– Bardzo mi przykro, że zaatakowałem tak ludzi w tej poradni. Nie powinienem był tego zrobić – chłopak wyraźnie posmutniał – chciałbym wrócić do pracy, wrócić do szkoły. Może warto zapisać się na jakiś kierunek na studiach magisterskich.

– Chłopcze. Najpierw musisz odpokutować za swoje winy. Ubierz się dobrze, zacznij poważnie traktować ludzi to porozmawiamy o takich rzeczach – pielęgniarka wyraźnie działała mi na nerwy.

– Porozmawiamy o tym potem, Robbie. Teraz ciesz się, że jest z tobą lepiej.

Po obchodzie poszedłem zobaczyć go znowu. Robbie wyraźnie miał duże poczucie winy. Napisał list do każdej z osób, które uderzył, w których przeprosił je za swoje zachowanie. Chciał iść do POZtu osobiście i zapytać się, co może zrobić, aby odpracować zniszczenia. Przejrzałem jego prześwietlenia. Nie było tam śladu złamania, więc (ku nieprzejeжданemu zdumieniu pielęgniarek psychiatrycznych – mój boże takiej medycyny chyba



#### NOTA BENE

Taka dość atypowa prezentacja psychotyczna w tym wieku wymaga dokładnego rozpoznania różnicowego. Szacunki mówią o nawet 40% przypadków pierwszego epizodu psychozy, które są niedodiagnozowane i później okazują się błędne (Heslin et al., 2015)! A to ma swoje konsekwencje w leczeniu.



#### NOTA BENE

Leczenie tak trudnego przypadku wymaga wiedzy z hematologii, kardiologii, toksykologii, medycyny sportowej i zakaźnej. I kto mówi, że psychiatria jest nudna?

# MORDERCZE SYGNAŁY W PODCASTACH O SZYSZYNCIE

nie widziały od lat!) zdjąłem mu gips i zbadałem kończyny. Wszystko było w porządku. Dałem lekarstwa na żołądek i żel na ból. Kilka ścięgien dalej wymagało rehabilitacji. Pokazałem mu ćwiczenia, które powinien zrobić na siłowni.

Był bardzo wdzięczny. Na samym końcu uściślał mi dłoń i spytał czy będzie mógł przyjść do mnie porozmawiać o innych sprawach z jego życia emocjonalnego. Widać, że brakowało mu kontaktu z przyjaciółmi, którzy cokolwiek wiedzieli o jego problemach lub z dorosłymi, którzy nie traktowaliby go protekcjonalnie. Spojrzałem na EKG i przytaknąłem, że może spokojnie partycypować w zajęciach sportowych. Po dwóch kolejnych tygodniach, Robbie został wypisany w stanie ogólnym dobrym.

Obejrzałem film na YouTube o rytuałach azteckich plemion. To wtedy przekonałem się, że muszę odblokować swoją szyszynkę – rozochocony 24-letni chłopak opowiadał mi o swoich odkryciach – Razem z kolegą zaczęliśmy słuchać podcastów na ten temat. Obejrzałem wszystkie filmy z lat 40. o mistycyzmie w dżungli. Postanowiłem, że pójdę na pierwszą sesję z szamanem Kambo w Warszawie.

– Czemu akurat szyszynka?

– Bo to ona tak naprawdę odblokowuje DMT.

– Z tego, co wiem, to nie do końca to tak działa.

– Ha. Co ty możesz wiedzieć? Poczytaj trochę na ten temat. Bardzo lubię oglądać te filmy, bo czuję, że zrobione dla mnie. One świetnie wpasowują się w mój tok myślenia. Tam są po prostu ukryte wiadomości dla tych, którzy potrafią je dobrze odczytywać. Ty byś tego nie zrozumiał. To potencjał, który wymaga dużo wiedzy i kontaktu z własnym sobą.

– Jak osiągasz ten kontakt?

– Najlepsze jest do tego ziółko. Bo marihuana to jest lek. Tylko po prostu trzeba wiedzieć, jak się go używa.

– Dużo palisz?

– Niezbyt. Wiem, że to nie jest dla mnie dobre. Zacząłem trochę z kolegami jak miałem 13/14 lat. Ale czułem się jakoś dziwnie z nim... jakby oderwany od siebie... Dalej mam trochę niepokoju, ale zbijam go alkoholem lub bardzo dobrymi środkami chemicznymi.

– To dobrze. Słyszałem, że masz dziewczynę?

– Heh. Dobrze powiedziane. Dziewczynę. Ja wiem już co ona wyrabia. Jestem u lekarza, a ona pewnie skacze na jakimś innym facecie.

– Skąd to wiesz?

– Takie rzeczy po prostu się wie. Przegląda-

łem jej pocztę, komunikatory. Ona myśli, że mnie oszuka, ale ja doskonale umiem czytać między wierszami. Tam są ukryte wiadomości, które mówią wszystko, co mam wiedzieć.

– Zniszczyłeś jej jakieś rzeczy?

– Nie zniszczyłem. Po prostu próbuję przejrzeć jej sztuczki. Zawsze muszę być o krok do przodu. Ona mnie na pewno zdradza, więc muszę tego dowiedzieć. Manipuluje wszystkimi swoimi koleżankami, żeby wierzyły w jej wersję wydarzeń. Dlatego ją śledzę. Zainstalowałem jej na komputerze taką aplikację, która śledzi każdy jej ruch!

– A nie myślisz, że to trochę za dużo? Masz w ogóle jakiekolwiek solidne dowody?

– Nie mam, dlatego ją śledzę! Wszystko żeby się dowiedzieć! Tylko dla innych, bo ja doskonale wiem, że na pewno z kimś jest... Na pewno. Tylko muszę ją złapać! Ona mnie okrąża i ciągle chce mnie kontrolować przez znajomych. Ale ja już wyczytam między jej wiadomościami kod, którego używa do komunikacji z innymi...wszystko, co trzeba jest w mojej głowie.

## OBSERWACJE:

Dawid jest 19-letnim chłopakiem z obciążeniem PPD w rodzinie, spożyciem marihuany (jak wyżej) oraz niedawnym spadkiem zdolności społecznych. Przybył do lekarza po poradę odnośnie objawów depresji i niepokoju.

- Dziwaczne zachowanie (niszczenie rzeczy),
- Urojenia zazdrości,
- Urojenia ksbne (specjalne sygnały dla mnie, tylko ja to rozumiem).

## Rozpoznanie różnicowe:

- Okres prodromu pierwszej psychozy (objawy są konkretne, ale i mają dość małą intensywność; dominują dziwaczne zachowania i urojenia),
- Zespół zaburzeń adaptacyjnych (objawy parapsychotyczne w związku z problemami z dziewczyną),
- Zespół urojeniowy (długotrwałe, już wcześniej ustabilizowane urojenia, względnie wtórne do wierzeń w subkulturze, przyjaźni),
- Łagodna psychoza polekowa,
- Fizjologiczna odpowiedź na stres / dojrzewanie (urojenia jako tylko sztywne, białe-czarne myślenie wieku młodzieńczego).

## KONTYNUACJA PRZYPADKU:

Wobec dużego obciążenia marihuaną oraz sugestywnych objawów prodromalnych, przepisałem suplementację omega-3. Po kilku tygodniach objawy przerodziły się w myśli nadwartościowe. Trzy miesiące później nastąpiła znaczna remisja objawów. Dawid pogodził się z dziewczyną i nie potrzebował więcej pomocy lekarskiej.



### NOTA BENE

Posiadanie mało groźnych urojeń jest nieszkodliwe. Nie należy każdego od razu medykaliżować. Zwróć uwagę, czy objawy nie zagrażają innym ludziom i samemu choremu.



### NOTA BENE

W takich przypadkach ocena ryzyka jest wyjątkowo ważna. Osoby z pełną psychozą na kanwie zazdrości są w stanie naprawdę uprzykrzyć życie innym: niszczyć ubrania, demolować samochód, śledzić i grozić



### ZESPÓŁ OTELLA

To rodzaj paranoidalnej choroby alkoholowej, której głównym elementem jest patologiczna zazdrość. Jest to forma bardziej chroniczna, którą można zaobserwować przy zaniku prawego płata przedczołowego (Graff-Radford et al., 2011)

# SZANOWNY PANIE KOLEGO...



## NOTA BENE

Podane tu fragmenty listów są nieco uproszczone i zawierają mniej rozważań na temat rozpoznania różnicowych. Wykorzystaj zdobyte umiejętności, aby spróbować samemu zdiagnozować pacjentów lub utrwalić sobie wiedzę na temat chorób.



## NOTA BENE

Obchody na oddziałach psychiatrii bardzo często przeprowadzone są nasiedząco.



## NOTA BENE

Pacjent był tak przekonujący i tak dobrze zmienił swoje zachowanie wobec lekarzy, że ciężko było mu nie uwierzyć...



## NOTA BENE

Zweryfikuj, czy głosy to halucynacje, czy po prostu uporczywe myśli.

## JAK UNIERUCHOMIŁEM STEVENA SPIELBERGA

**D**ziękuję za skierowanie tego uroczego 28-letniego pacjenta, który zaprezentował się do świadczeń opieki psychiatrycznej za sprawą nocnego patrolu policyjnego. Pan Marcin początkowo był dość pobudzony. Z poruszeniem opowiadał pielęgniarce, że wszedł w posiadanie wielu nieruchomości w Stanach Zjednoczonych, w tym ośmiu apartamentowców w samym Nowym Jorku. Marcin mówił również, że ma moc słyszenia myśli innych ludzi oraz że jest w stanie przewidywać przyszłość, za pomocą specjalnych znaków w codziennych gazetach.

Po unieruchomieniu na oddziale psychotycznym, przez pierwszy tydzień nie chciał widzieć lekarzy, ani też poddawać się badaniom czy jakimkolwiek leczeniu. **Wobec tego przenieśliśmy nasz obchód do jego pokoju.** Zaszczycony tym spotkaniem, bardzo przekonująco opowiedział nam, że jest początkującym youtuberem, który realizuje specjalny projekt sondy ulicznej. Do celów dokumentalnych, podał się bowiem za chorego psychicznie, aby zobaczyć, jak wygląda leczenie na oddziale zamkniętym. Składnie opowiadał o swoich wcześniejszych produkcjach i o przeprowadzonych wywiadach z innymi pacjentami. Zapytany o najnowsze dzieło, odparł, że już niedługo opuści studio montażowe.

Pan Marcin poinformował nas, że po dwóch tygodniach wyjdzie już ze szpitala i będzie mógł zabrać się za uporządkowanie zgromadzonego materiału. Zapytany, gdzie ma zamiar się udać, odparł, że jest bezdomny, więc będzie musiał wszystko montować na ławce w parku. Zapytany, dlaczego nie zamieszka w jednym ze swoich apartamentowców, nie odpowiedział nic. Po miesiącu kuracji antypsychotycznej olanzapiną, zanotowano całkowitą remisję objawów. **Diagnoza: F29.0 Psychoza nieorganiczna.**

## LATAJĄCE KRZESŁA

**D**ziękuję uprzejmie za skierowanie do mnie Pani Mileny, uroczej 29-letniej kobiety, która zgłosiła się na SOR z objawami „braku radzenia sobie w życiu”. Podczas mówienia o swojej przeszłości, postanowiła rzucić we mnie krzesłem, z powodu złości na swoją koleżankę Andżelikę, z którą pokłóciła się i pobiła w sklepie z kurczakami. Andżelika napadła z nożem na Panią Milenę, gdy ta zasugerowała jej podejrzenie, że ojciec-pedofil zgwałcił jej dzieci.

Pani Milena zgłosiła również silne wewnętrzne myśli samobójcze, **głosy, które mówią, żeby się zabiła** i cienie Pani Andżeliki, które śledzą ją po pokoju. Zamach krzesłem, *in absentia* wcześniej-

szego zaplanowania, zakończył się niepowodzeniem. Na szczęście Pani Milena nie miała złych zamiarów. Jej złość szybko ustąpiła, gdy omówiliśmy główne problemy jej prezentacji. Po pierwsze, ojciec jej dwójki dzieci uciekł z domu wraz z zasiłkiem za lipiec, a rzeczona dwójka została zabrana przez byłą dziewczynę Pani Mileny. Osiemnastoletnia córka pacjentki zaszła w drugą ciążę z chłopakiem z sąsiedniego domu komunalnego, w którym ostatnio wybuchł piecyk gazowy.

Po przeprowadzeniu badania, mogę stwierdzić, że niepsychotyczne halucynacje wzrokowe biorą się z uzasadnionego strachu przed kolejnym atakiem ze strony Pani Andżeliki, a wewnętrzne głosy stanowią raczej nasilające się myśli samobójcze, również reaktywne do zaistniałej sytuacji.

Skonstruowaliśmy razem plan kryzysowy; wystawiłem również skierowanie na łagodną psychoterapię w naszej klinice. **Diagnoza: F43.0 Ostra reakcja na ciężki stres**

## CIĘŻKIE ŻYCIE

**B**yło mi niezmiernie miło konsultować dzisiaj Pańską Pacjentkę, Panią Karolinę, 64-letnią pracowniczkę bankowego biura kredytowego. Moja interlokutorka została niestety zwolniona z pracy, jedynie 6 miesięcy do emerytury. Boryka się z szeregiem problemów kosztowych: ma zaawansowane zwyrodnienie dwóch kolan, lewe ramię do naprawy, a prawe ledwo się trzyma z powodu na kompensację po lewym. Niestety, nie może przez to pracować, więc stara się o zasiłek chorobowy, który został już dwukrotnie odrzucony.

Pani Karolina zapewne wyjechałaby na rehabilitację, gdyby nie fakt, że jej mąż z 35 letniego małżeństwa uciekł z domu z pieniędzmi, które miała zaoszczędzone na wycieczkę i sanatorium dla niego oraz siebie. W chwili obecnej, mąż wydaje te środki na drogie alkohole i usługi seksualne, czym skwapliwie dzieli się na Instagramie.

Sytuacja domowa zmieniła się, gdy mama Pani Karoliny zmarła na raka trzustki w zeszłym miesiącu. Na domiar złego, jej córka, również zostawiła swojego męża i poszła mieszkać do nowego chłopaka alkoholika, który ją bije i sprowadza do domu agresywnych mężczyzn handlujących bronią i narkotykami. Przedwcześniej dowiedziała się, że jej córka była przed świętami w ciąży z nowym chłopakiem. Ku niewiedzy Pani Karoliny, córka, poddała się zabiegowi aborcji.

Pacjentka wydaje się znosić te przeciwności losu bardzo dobrze. Nie ma i nigdy nie miała urojeń, halucynacji, zaburzeń myślenia czy ideacji samobójczych. Przeczy samookaleczeniom oraz obciążeniom rodzinnym w zakresie zdrowia mózgu. **Diagnoza: Normalne zdrowie psychiatryczne.**



## KRWIOŻERCZY UŚCISK

Zostałem wezwany w trybie pilnym, aby dokonać badania Moniki, 19-letniej pacjentki z rozpoznaniem PPD. Pani Monika została przyjęta na oddział psychiatryczny w piątek. Niestety, przez ostatnie >48 godzin znajduje się w stanie katatonii.

Zgodnie z planem z obchodu, konsultant zalecił regularne angażowanie Pani Moniki i oferowanie jej jedzenia i picia. Niestety, mimo tych usilnych prób, pacjentka nie odzywała się do nikogo i nie wykonywała żadnych ruchów. Notuję, że jest to już trzecia doba tego stanu wysokiej śmiertelności. Pielęgniarze opiekujący się Panią Moniką 1:1 byli słusznie bardzo zaniepokojeni.

Po moim przybyciu, chora dalej nie odpowiadała na sygnały zewnętrzne. Na szczęście, pielęgniarze pomyśleli o zastosowaniu prewencji zakrzepicy żył głębokich i podali enoksyparynę.

Plan leczenia przewidywał: „w razie wystąpienia odwodnienia, urazu nerki czy nagłych zmian sercowo-naczyniowych, przyjęcie natychmiastowo na SOR”. Postanowiłem, że czekanie na to jest niewskazane. Przepisałem 2mg lorazepamu, co wydawało się zebrany dość niedorzeczne. „Chyba to ostatni lek, którego Pani Monika potrzebuje”, argumentowali. Lorazepam wyciągnąłem zatem sam i, po podaniu, obserwowałem jak pacjentka wstaje i rusza w kierunku wyjścia.

Nie przewidziawszy tego zdarzenia, pielęgniarz Szymon rzucił się na drzwi, aby poskromić chorą. Pani Monika odepchnęła go, a ten przewrócił się wprost na przycisk alarmu niebezpieczeństwa. Był to dość szczęśliwy zbieg okoliczności, albowiem za pół minuty batalion pięciu pielęgniarek rzucił się na pacjentkę w ogrodzie.

Przeprosiłem Szymona za zamieszanie; ten zgodził się, że Monika nie chciała mu zrobić krzywdy. Któż nie chciałby rozprostować kości po trzydniowym zastoju? Pani Monika została uprzejmie odprowadzona do pokoju, gdzie poczęstowałem ją czekoladowym szejkiem. Pobrałem badania krwi i obserwacje. Proszę o pilne ustalenie planu antypsychotycznego na obchodzie w dniu jutrzejszym. **Diagnoza: F20 Pierwotne Zaburzenie Psychotyczne, F06.1 Stan katatonii w przebiegu znanego zaburzenia (PPD).**

## NAPAD Z BRONIĄ W RĘKU

Personel pielęgniarski wezwał mnie do zbadania Michała, 19-letniego pacjenta przebywającego na naszym oddziale w celu obserwacji. Michał wcześniej skarżył się na objawy paranoidalne. Twierdził, że znalazł się na łódce na kanale sueskim i że wszyscy pie-

lęgniarze to yachcie tej łódki. Opowiada również, że rodzice zdiagnozowali u niego niezdolność uczenia się i niezdolność wykonywania ćwiczeń fizycznych, które uzasadniają wadą serca.

Ta wada nie została nigdy stwierdzona; pierwszy raz pojawiły się o niej wzmianki, gdy rodzice zobaczyli jak pielęgniarki wyrzucają złe oznaczone EKG do kosza. Odebrali to jako ukrywaną wadę, która uzasadnia słabe oceny w szkole.

Gdy przybyłem na miejsce, Michał był w stanie kolejnego napadu. Leżał na wznak na ziemi i nie odpowiadał na zwołania pielęgniarek. Jego drogi oddechowe były całkowicie sprawne, a obserwacje stabilne. Pielęgniarka Joanna mierzyła, zgodnie z zaleceniami, długość tego napadu. „Michał ma atak epilepsji co dwie minuty. Zobacz pan doktor” – mówiła, po czym odliczała do 120 sekund. 118, 119, 120. Michał zaczął telepać się na podłodze w mioklonicznym wstrząsie przez około pięć sekund. Podeszedłem do niego, ale ten dalej nie odpowiadał na moje zwołania. Podniosłem jego prawą rękę, po czym upuściłem mu dłoń na twarz. Dłoń ta w taktie swobodnego spadku osunęła się szczęśliwie na dobry dystans od nosa poszkodowanego.

Kiedy opuszczałem pokój, Michał wstał z podłogi i pobiegł na ślepo w kierunku ściany, z którą zderzył się rękami wyciągniętymi do przodu. Upadł jeszcze raz. Po 30 minutach powrócił do normalnego funkcjonowania. Podobne epizody zdarzyły się jeszcze osiemnaście razy w ciągu ostatniego tygodnia obserwacji. **Diagnoza: F44 Napad nie-epileptyczny w przebiegu zaburzeń dysocjacyjnych. Brak diagnozy psychiatrycznej.**

## CHARLIE I JEGO DEMONY

Charlie jest 25-letnim doktorantem nauk medycznych. Był zawsze bardzo dobrym uczniem i osiągał znakomite wyniki w nauce. Potrafił przywołać przyczepę wszystkich kości, a cykl Krebsa i metabolizm azotowy wymieniał wybudzony z najgłębszego snu. Kontaktów z narkotykami, lekami bądź substancjami psychomodulującymi nie miał. Na drugim roku studiów, Charlie zaczął zachowywać się dziwnie. Był bardziej zestresowany, oglądał się za siebie, miewał ponure i katastrofalne myśli. Początkowo zdiagnozowano u niego depresję, ale chłopak nie chciał brać żadnych leków.

Psychoterapeuta po drugiej sesji CBT oświadczył, że Charlie posiada bardziej zaawansowaną przypadłość i nie jest w stanie dalej prowadzić jego leczenia. Podczas oczekiwania na wizytę u specjalisty, choroba postępowała coraz szybciej. Przestał jeść, zaczął kaleczyć się w miejscach niewidocznych dla innych, zaniechał dalekobieżnych planów i zaczął planować swoje samobójstwo.



**NOTA BENE**  
Katatonia to stan nagłego zagrożenia życia. Przy dłuższym zastoju należy zacząć się martwić!



**NOTA BENE**  
Każdy nawet „udawany” atak należy zbadać od strony medycznej i fizjologicznej.



**NOTA BENE**  
Nie myl KATATONII z ABULIĄ (brakiem motywacji) lub zastojem tymczasowym, np. ATHMHORMIĄ (po szturchnięciu pacjent rusza dalej).



**NOTA BENE**  
Rozpoznawanie rodzaju napadów wymaga solidnej wiedzy medycznej. Więcej o tym w Roz. 9



W katatonicznym stuporze można wręcz „nastawiać” napięcie kończyn!



**NOTA BENE**  
Więcej o rozpoznaniu czynników ryzyka i pierwszej pomocy w przypadku samobójstwa znajdziesz w Roz. 10. Ryzyko Charliego jest bardzo wysokie



#### NOTA BENE

Taki przypadek kwalifikuje się na szybkie leczenie, np. za pomocą metod neurochirurgii.

Dalej uczęszczał na zajęcia, żeby oszukiwać swoich kolegów, że nic złego z nim się nie dzieje. Chciał jednak cierpieć. W nocy przychodziły do niego demony. Paraliżowały jego oddech, więziły w zabójczym stuporze i krzyczały w paranoidalnych głosach komendy samookaleczenia.

Charlie ustalił datę swojej śmierci, przygotował listy pożegnalne, spłacił karty kredytowe i przepisał swoją małą emeryturę pracowniczą na przyjaciela. Czuł jak demony wkładają mu robaki pod skórę, a te gryzą jego mięśnie aż do samej krwi. Wiedział, że to halucynacje, ale nie mógł powstrzymać się od ciągłego drapania. Wierzył, że uda mu się dostać pod skórę i wyjąć z niej krwiożercze insekty.

W ustalonym dniu śmierci nie przyszedł na ważny egzamin. Koledzy zaniepokoiли się tym, więc wtargnęli do jego mieszkania. Tam znaleźli statyw do kamery i Charliego wśród porzucanych ubrań. Siedział spokojnie; był zimny i wyważony. Z powodu nagłego zagrożenia życia, unieruchomiłem go i przyjąłem na obserwację. **Diagnoza: Psychoza w przebiegu choroby afektywnej (uni. depr.), Psychoza Ekboma (insekty).**

### CTRL+ALT+DELETE

**D**ziękuję uprzejmie za skierowanie do mnie Pana Mirosława, 48-letniego pracownikiem służby celnej. Pacjent przeżywa obecnie epizody zwiększonego stresu, w związku ze wzmożeniem się przemytu na rynku niemieckim oraz nowymi inicjatywami doszczelnienia podatkowego ze strony rządu.

Żona Pana Mirosława opisała dziwaczne napady tonicznie-kloniczne oraz nagłe skurcze mięśni twarzy, które związane są z wymawianiem dziwnych słów. Napady te zdarzają się czasami po kilka razy w ciągu dnia; zaczęły się mniej więcej w okresie zmiany władzy centralnej. Pan Mirosław cierpi również na przyspieszony zanik pamięci.

Kolejnym zachowaniem, które budzi wątpliwości żony jest pisanie. Pan Mirosław nigdy nie był lotnym użytkownikiem języka polskiego literackiego, a mimo to zaczął pisanie już czwartej książki na temat swoich przeżyć. Wszystkie rozdziały wydają się być podobne; są rozwlekłe w analizach filozoficznych i opatrzone wieloma odręcznymi rysunkami. Pacjent zaczął również bardziej solidnie uczęszczać do kościoła, co akurat małżonkę ucieszyło.

Wiem, że Szanowny Kolega obawiał się, że Pan Mirosław cierpi na zaburzenia psychotyczne, albowiem żyje w sposób coraz bardziej zdeorganizowany, ma problemy kognitywne i wydaje się być niedostosowany społecznie. Obrazowanie MR oraz badania krwi pozostają nieznamienne. **Nie sądzę, żeby pacjent miał**

jakikolwiek objawy prawdziwie psychotyczne. Rozważałem dwie główne diagnozy: ostrego zaburzenia na stres lub choroby epileptycznej. Pacjent był uprzejmy mieć jeden ze swoich napadów przy mnie, co potwierdziło diagnozę epilepsji płata skroniowego. Badanie EEG zwerifikowało moje podejrzenia, a pacjent uzyskał całkowitą remisję objawów po drugim antyepileptyku (karbamazepinie), którą przyjmuje do dziś. **Diagnoza: G40.209 Epilepsja płata skroniowego, Choroba Gastauta-Geschwinda.**

### NIESZCZĘCIA CHODZĄ PARAMI

**M**iałem niezwykłą przyjemność badać dzisiaj Patrycję, 19-letnią studentkę akademii sztuk pięknych na kierunku rysunek tatuażowy. Przybyła na wizytę razem z jej chłopakiem, 27-letnim Fabianem, który kończy w tym roku technikum budowlane. Patrycja przedstawiła mi konstelację różnych problemów, które były konsultowane w poradniach reumatologicznych, kardiologicznych, gastrologicznych, ginekologicznych, ortopedycznych, medycyny bólu i chorób zakaźnych.

Jak dotąd diagnozy nie udawało się ustalić. Obecne symptomy Patrycji to duszność, zwiększone i przewlekłe zmęczenie, obniżona tolerancja ruchu, która powoduje utratę oddechu już po większym wysiłku (nawet do 100m). Do tego pacjentka odczuwa wieloogniskowy ból we wszystkich kończynach, podbrzuszu, głowie, twarzy, lewym kciuku i prawej łydce. Ból ten związany jest z uczuciem szoków elektrycznych, migren, skurczów mięśni, ostrych kolek, refluksu żołądkowego, szumienia w uszach i napadach panicznych. Problemy ginekologiczne to głównie bóle miednicy, bolesne skurcze mięśni pochwy oraz nawracające „infekcje”. Patrycja przez to spędza większość czasu w domu, przespiając w łóżku wiele godzin.

Jej chłopak Fabian od jakiegoś czasu zaczął odczuwać podobne objawy. Bóle, kaszel i duszności następowały w średnio kilkudniowym odstępie od objawów Patrycji. Stąd Patrycja uważa, że to choroba infekcyjna. Oboje biorą leki przeciwgrzybiczne, smarują się antyseptyczną maścią oraz przyjmują duże dawki witaminy D i C. Niestety, te kuracje nie przyczyniły się do zmiany objawów. Obiektywne badania pozostawały w normie. Nie ma też żadnych dowodów na infekcję.

Patrycja twierdzi, że jej objawy zostały sprowokowane po zerwaniu z jej byłym chłopakiem pół roku temu. Przeczy jednak jakimkolwiek powiązaniu między zdarzeniami, kategorycznie utwierdzając mnie, że jest całkowicie szczęśliwa w nowym związku i ma się cudownie, tylko męczą ją choroby. Fabian wtórował jej, znamienne powtarzając wszystko, co przedstawiła pacjentka. Co ciekawe, część też była ze sobą sprzeczna.



#### NOTA BENE

Unieruchomienie okazuje się w takich przypadkach działaniem ratującym życie. Mówimy tu oczywiście o zabiegu prawnym.



#### NOTA BENE

Zapewne wszyscy czytelnicy pamiętają, co jedli na poprzedni posiłek. Większość, co miała na śniadanie wczoraj. Za to mniej niż 1/4 potrafi przywołać jadłospis poprzedniego wtorku. Pamięć usuwa te informacje w tempie fizjologicznym, gdy nie są już potrzebne. Jednak u Pana Mirosława, podczas napadów płata skroniowy nieustannie naciska „delete” (przycisk „kasuj”); stąd jego przyspieszona utrata pamięci.



#### NOTA BENE

Jeśli zbierasz wywiad pytaj o świadków! Dzwon do żony, zatrzymuj matkę na autostradzie. To naprawdę ważne!

Uznawanie chorób u siebie, ale kwestionowanie zaburzeń czynnościowych u innych, mówienie o potrzebie pomocy psychiatrycznej w kwestii depresji po zerwaniu, ale jednocześnie odmówienie jej, opinia o niesamowitym szczęściu i brak chęci przyjęcia skierowania, opisywanie rzekomych napadów fizycznych byłego chłopaka, na które nie tylko nie było dowodu, ale i sama poszkodowana nie chciała dowodu dochodzić. Znane jest też z dokumentacji, że historia rzekomego przestępstwa była zmieniana; w samych notatkach medycznych występuje siedem jej wzajemnie wykluczających się wersji. Próby umiejscowienia tych wierzeń w kontekście kończyły się agresją i ucinaniem dyskusji ze strony Patrycji.

Główne urojenia pacjentki obracają się w sferze własnych chorób (i partnera), przeświadczeniu o wyjątkowości i posiadaniu szczególnego statusu ofiary (podzielanej przez partnera) oraz wiary w zdradę i chęć prześladowania wobec każdego, kto tych urojeń nie głosił.

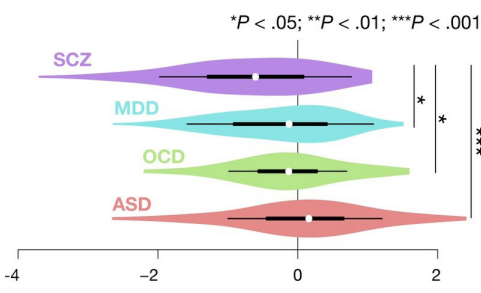
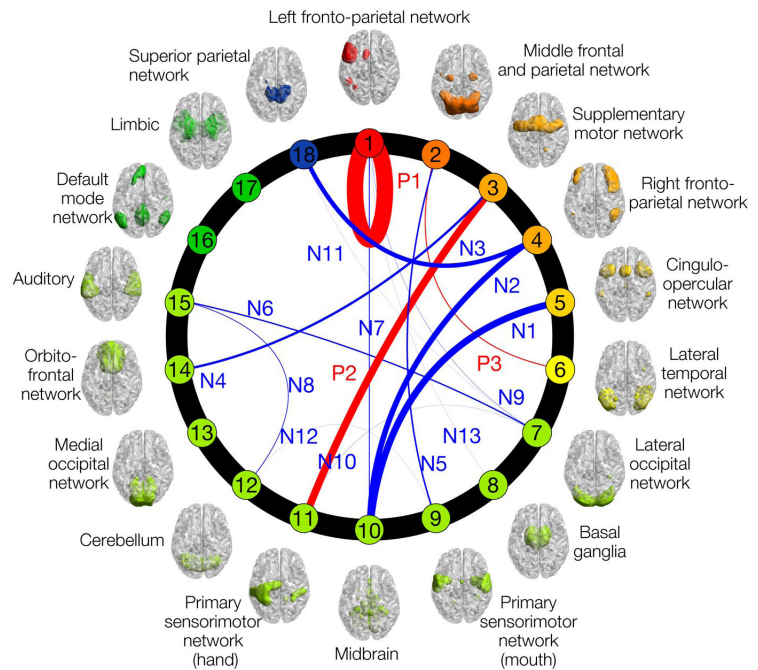
Wobec powyższego, pacjentka straciła większość swoich znajomych, a kilku przyjaciół terroryzowała szantażem ostracyzmu, gdyby ci nie wierzyli w całkowitą nieomyślność najnowszej wersji jej urojeń. Kiedy najbliżsi nie zgodzili się na perpetuowanie jej zachowania, zerwała z nimi wieloletni kontakt.

Fabian zapytany w oddzielnym pokoju sam nie był w stanie wyjaśnić, dlaczego wierzy w tezy stawiane przez Patrycję. Nie poddaje się ich kwestionowaniu i wypiera jakiegokolwiek pytania o nawet wtórny dowód. Twierdzi, że „skoro Patrycja tak mówi, to musi być prawdą”.

W wywiadzie brak innych objawów psychotycznych, przyjmowania leków, obciążeń rodzinnych, współzachorowań czy myśli samobójczych. Badanie fizykalne było prawidłowe.

Nie stwierdzam uchwytneho powodu lub jakiegokolwiek korzyści, którą Patrycja, a tym bardziej Fabian mieliby uzyskać z produkowania objawów. Paradoksalnie urojenia zniszczyły ich związek, albowiem większość czasu spędzają na diagnozowaniu i rozpamiętywaniu chorób. Ich życie seksualne prawie całkowicie ustało.

Leczenie tego przypadku może być wyjątkowo trudne. Postaram się o zintegrowaną konsultację z kolegami i koleżankami specjalistami zaburzeń urojeniowych. Dwie główne osie to psychoterapia oraz krótkotrwałe antypsychotyki (np. kwetiapina, arypirazol), które przyniosą dość szybką kontrolę objawów wytwórczych. Niestety w tym przypadku widzę silne wskazanie do separacji, względnie hospitalizacji z powodu na średnie ryzyko agresji. **Diagnoza: F24 Urojenia udzielone w przebiegu indukowanego zespołu urojeniowego (inaczej: folie à deux) F44 Zaburzenia dysocjacyjne.**



RYCINA 9  
Metoda porównywania różnych miejsc w konektomii mózgu: obszary zaznaczone numerami i połączenia między nimi w trakcie używania pamięci pracującej. Okazuje się, że deficyty w tej funkcji kognitywnej odkrywają różny charakter połączeń w poszczególnych chorobach mózgu (panel poniżej). Dzięki temu można różnicować np. PPD (tu: SCZ, fioletowy), od depresyjnej choroby afektywnej (tu: MDD, błękitny), OCD (zielony) czy autyzmu (tu: ASD, czerwony). A pokazane tu badanie sprawdza "jedynie" umiejętność przywołania 3 liter! Reprodukowano z uprzejmą zgodą (CC) eLIFE (Yamashita et al., 2018).

POSTRACH DOMINO'S PIZZA

**K**onrad, 23-letni dostawca pizzy był uprzejmy stawić się dzisiaj z dziewczyną do kliniki chorób mózgu. Partnerka Konrada jest zaniepokojona jego zachowaniem. Stał się bardziej podejrzliwy, nieufny i wycofany z życia. Nie chciał się z nią widzieć poza swoim mieszkaniem. Nie wpuszczał do siebie nikogo poza nią i matką. Bał się, że ktoś spiskuje przeciwko niemu i chce zrobić mu krzywdę.

Konrad stał się również bardziej agresywny i niebezpieczny w podejściu do innych współpracowników pizzerii. Zmiany te upatrywał w sąsiadach, którzy nasyłali na niego złe myśli. Twierdzi, że jego koledzy zazdroszczą mu i spiskują w specjalnych aplikacjach każdy jego krok. W ostatni wtorek zabarykadował się pod stertą kartonowych pudełek na pizzę, w obawie, że ktoś chce zabrać mu klucze do domu.

Halucynacjom głosowym, wzrokowym lub zuciowym Konrad przeczy. Pacjent nie ma wcześniejszej historii chorób medycznych czy chirurgicznych; brak zaburzeń w historii rodzinnej. Nie stwierdziłem uformowanych zamiarów samobójczych. Mimo tego, zachowania agresywne Konrada martwiły jego otoczenie. W związku z zagrożeniem dla bezpieczeństwa chorego i innych, zatrzymałem Konrada na oddziale psycho-

NOTA BENE  
Nie zapominaj o pozostałych lekach i o dobrej opiece zdrowia we wszystkich układach ciała pacjenta.

NOTA BENE  
Więcej o rozpoznawaniu objawów zaburzeń konwersyjnych czy dysocjacyjnych znajdziesz w Rozdziale 9.



tycznym w celu obserwacji i podania aripiprazolu jako wstępnego antypsychotyku. MR głowy, EEG oraz EKG były w normie, tak jak i większość badań krwi. W profilu endokrynologicznym uwi-doczniono zaś obniżone hormony T4 i T3, zwiększone TSH oraz znacznie zwiększone przeciwciała anti-TPO. Stwierdziłem diagnozę psychozy w przebiegu zapalenia tarczycy.

Wdrożyłem leczenie tyroksyną, co spowodowało zmniejszenie objawów psychotycznych. Zaburzenia zachowania również ustały w ciągu kilku dni. Po okresie dwutygodniowej stabilności, leczenie Konrada było kontynuowane w domu. Aripiprazol był stopniowo wycofany przez następny rok. Konrad pozostaje stabilny na tyroksynie, co potwierdzają jego badania.

## MORDERSTWO W OGRÓDKU

Robert został skierowany do poradni w sprawie zmiany leków antydepresyjnych. Od kilku miesięcy boryka się bowiem z objawami przemęczenia, braku motywacji, anergii i obniżonego nastroju. Kolega próbował leczyć go trzema preparatami: sertralina, citalopramem i mirtazypiną. Niestety żadne z nich nie osiągnęły zamierzonych skutków. Poprzednio zdiagnozowano go z depresją, PTSD, osobowością chwiejną emocjonalnie oraz zespołem lęku uogólnionego.

Chłopak był wielokrotną ofiarą przemocy seksualnej. Jako dziecko gwałcony przez nauczyciela historii oraz księdza, później przez dziewczynę, gdy ta zamordowała ich nowo narodzone dziecko, związała, podała środki proerekcyjne i zgwałciła.

Kryminalna historia skomplikowała się gdy przyjaciele Roberta zamordowali jego znajomego podczas sesji palenia marihuany w ogródku działkowym. Robert był początkowo zmuszony do zakopania i zamaskowania zwłok. Chłopak odmówił jednak, zgłosił sprawę na policję i uciekł do rodzinnego domu.

Tam Roberta spotkały kolejne nieszczęścia. Jego dom został obrabowany przez satanistyczną sektę, która nie tylko spłądowała jego oszczędności, ale i uwięziła go w piwnicy i torturowała przez trzy tygodnie. Sataniści używali tego miejsca do odgrywania swoich rytuałów, podczas których małe dzieci członków sekty były zabijane, ćwiartowane i konsumowane. Podczas jednego z obrzędów, przywódca odczytywał fragment apokryfu, który nakazywał wkładanie ofiarom robaków do genitaliów. Aby tego dokonać, oprawcy rozwiązali chłopaka. Robert wykorzystał to i uciekł z domu. Policja dalej ściga prowadzących tego przestępcę.

Robert próbował zabić się przez przedawkowanie środków antydepresyjnych oraz paracetamolu, ma również rozliczne ślady samookaleczenia. Niedawno pacjent wysunął również szereg oskar-

żeń wobec matki, w tym o pedofilię, porwanie do specjalnego więzienia, w którym miała wstrzykiwać mu substancje za pieniądze konkubenta oraz poparzenia papierosami.

Chociaż od zająć z przeszłości minęło już kilka lat, zdrowie Roberta znacznie załamało się przez ostatnie 6 miesięcy. Przestał widywać się z przyjaciółmi. Zwolnił się z pracy, ponieważ uważał, że znajomi spiskują z matką przeciwko niemu. W zeszłym tygodniu wyrwał kawałek rury z systemu grzewczego w mieszkaniu i napadł z nią na brata - bo nie mógł go rozpoznać w ciemności.

Robert twierdzi, że jest przez kogoś kontrolowany. Nie wie, kto to jest, ale czuje, że ma władzę nad jego ciałem. Choć w opisach poprzednich przestępstw występuje duża ilość reprodukowalnych faktów, nowe oskarżenia są bezpodstawne.

Po dokładniejszym zebraniu wywiadu, okazało się, że Robert miewa również halucynacje głosowe, z dominacją silnego głosu kontrolującego i nawołującego go do wykonywania czynności szkodliwych jemu i innym. Pozostała część badania pozostaje nieznamienna.

W mojej opinii, Robert nie posiada żadnych innych diagnoz oprócz rozpoznania pierwszego epizodu psychozy. Zdarzenia z przeszłości da się obiektywnie zweryfikować; były obecne w życiu chorego przez dłuższy czas bez wpływu na jego znakomite funkcjonowanie.

Choć Robert palił marihuanę, nie ma dowodów na branie jakichkolwiek innych substancji psychoaktywnych. Nie ma również dominującego elementu afektywnego czy stresowego. Objawy depresyjne biorą się głównie z zaburzenia rytmu snu spowodowanego lekami. Robert jest spójny w swoich wierzeniach, ma zachowany wgląd i szuka pomocy. Obawiał się jednak, że przyznanie się do urojeń i halucynacji skutkuje unieruchomieniem na oddziale psychiatrycznym. Nie widzę jednak wskazań do hospitalizacji.

Zleciłem wykonanie szeregu badań, które przyczynią się do rozpoznania różnicowego aetiologii pierwszej psychozy. W międzyczasie, z powodu na wysokie ryzyko niebezpieczeństwa dla siebie i innych, zleciłem zatrzymanie antydepresantów i wdrożenie olanzapiny.

## NIE ZOSTAWIAJ MNIE

Miałem niezwykle przyjemność konsultować Pana Mariana, 59-letniego klienta świadczeń z zakresu uzależnień alkoholowych. Pan Marian został skierowany do mnie z powodu skomplikowanej historii lekowej (obecnie przyjmuje fluoksetynę, citalopram (SSRI), Akamprozat, disulfiram (uzależnienia), lorazepam i diazepam (w dużych ilościach) oraz kompleksy witaminowe.



### NOTA BENE

Wcześniejsza trauma wcale nie musi oznaczać, że chory nie poradzi sobie w życiu. Rozgranicz objawy pochodzące z nowego procesu patofizjologii mózgu od reakcji na stres czy „normalnego” życia pacjenta. Zapytaj się: żyłeś świetnie przez osiem lat. Co sprawiło, że nie jesteś w stanie funkcjonować?

Pacjent przez dwa lata boryka się z problemem alkoholowym. Próbował całej plejady różnorodnych terapii: zajęciowej, CBT, antyzależnieniowej, abstynencji i przymusowego detoksu na oddziale. Wszystkie, jak dotąd, zakończyły się niepowodzeniem. Jego obecne leki antyalkoholowe są również nieskuteczne.

Pan Marian był ostatnio hospitalizowany w szpitalu psychiatrycznym ze wskazaniem leczenia alkoholowego. Po okresie początkowej abstynencji, komplikowanej napadami i wstrząsami delirium tremens, pacjent zgłosił polepszenie objawów i został wypisany. Nawrót choroby nastąpił kilka dni później.

Jednak po bardziej dogłębnej konsultacji, Pan Marian przyznał, że jego głównym problemem są objawy wytwórcze w postaci halucynacji głosowych oraz urojeń nihilistycznych. Pan Marian słyszy trzy głosy w różnych językach (nie rozpoznaje ich), z czego jeden przybrał formę jego byłego nauczyciela historii, który nakazuje mu się zabić i okaleczać.

Pan Marian był bardzo zdruzgotany podczas spotkania. Przyniósł w swoim plecaku broszurę kursu języka mandaryńskiego na uniwersytecie w Oxfordzie. Ku mojemu zaskoczeniu, Pan Marian był mężczyzną na okładce: widniał tam ubrany w schludny garnitur, z uśmiechem na twarzy wśród studentów z Państwa Środka.

Chory miał swój pierwszy epizod psychozy w wieku 17 lat. Niestety, w tamtych czasach nie udało się mu osiągnąć sukcesu terapeutycznego na lekach antypsychotycznych. Na szczęście Benzodiazepiny umożliwiły Panu Marianowi zdanie matury, ukończenie studiów i kilkanaście lat bezobjawowego życia. Kolejny nawrót psychozy pojawił się dopiero 2 lata temu. Psychiatrzy po przyjęciu do szpitala wycofali mu benzodiazepiny i podali zastrzyk obezwładniający clopixonol-accuphase (Zuklopentiksol, antypsychotylik, którego nie powinno się stosować do uspokajania pacjenta). Nie spowodowało to poprawy. Pan Marian okłamał lekarzy, mówiąc, że już z nim lepiej, aby ci dali mu wyjść z oddziału zamkniętego.

W rzeczy samej, alkohol w przypadku chorego jest sprawą drugorzędną. Używa jej bowiem do złagodzenia objawów psychotycznych, albowiem nic innego nie działa na jego objawy. Obniżenie nastroju zaś pojawiło się jako symptom wtórny do urojeń i halucynacji głosowych. Stąd też abstynencja, która zalecali mu poprzednicy, nie przyczyniła się do poprawy zdrowia.

Wobec powyższego wydałem zalecenie powolnego wycofania wszystkich leków oprócz benzodiazepin (z powodu na ryzyko delirium) i wdrożenie kwetiapiny jako leku antypsychotycznego. Po okresie dwóch tygodni, Pan Marian odnotował

ustąpienie objawów wytwórczych, co pozwoliło mu na powolną rezygnację z alkoholu. Stabilna dawka kwetiapiny pozwoliła mu na powrót do normalnego funkcjonowania.

## KLĄTWA CZARNEGO SMOKA

Pani Agnieszka, 19-letnia studentka archiwistyki była uprzejma opowiedzieć mi o dziwnym epizodzie podczas jednej z imprez. Opisała nagłe zmiany rozmiaru przedmiotów, niektóre większe inne mniejsze, bliższe lub dalsze od tego, co pacjentka zakładała. Oprócz półtora szklanki walijskiego cydru „Czarny Smok”, innych substancji nie przyjmowała. To był pierwszy i jedyny epizod tego fenomenu. Pani Agnieszka nie cierpi na migreny, nie ma innych objawów neurologicznych, a jej obrazowanie mózgu i badani krwi są w normie (infekcja wirusem Epstein-Barr mało prawdopodobna). Wypisałem ją z zaleceniami ostrożności przy spożywaniu tego trunku. W przypadku dalszych nawrotów można rozważyć leczenie rTMS, dietą niskotyraminową bądź lekami prewencyjnymi migreny. **Diagnoza: Syndrom Alicji w Krainie Czarów (zniekształcenie postrzegania kształtów) inaczej Zespół Todda.**

## KTO TO JEST?

W rozdziale 9, sekcji o ciekawych psychozach znajduje się przypadek **Zespołu Capgrasa**, który jest częścią zespołu urojeń identyfikacji. Zaburzenia te biorą się z nieprawidłowego procesowania twarzy i wiązania osobowości z ich ludzkimi odpowiednikami i mogą być zwiastunem choroby urojeniowej, defektów pamięci pracującej, wstrząsów i nowotworów mózgu. Podobne do niego zespoły to **Choroba Fregoliego**, w której pacjent twierdzi, że każdy człowiek na ulicy to tak naprawdę ta sama osoba tylko w różnych przebraniach. Siostrzane zaburzenia to urojenia na kanwie intermetamorfozy, tj. gdy chory rozpoznaje różnych ludzi, ale twierdzi, że zmieniają między sobą identyfikatory osobowe. **Choroba Christodoulou** to przypadłość, w której chory twierdzi, że ma sobowtóra, który podejmuje niezależne działania i wie o jego życiu. Czasami sobowtór ten chce go dopaść i zamordować lub zrobić mu krzywdę. Na drugim końcu spektrum stoi **Zespół Cotarda**, w którym chory twierdzi, że tak naprawdę już umarł, w formie emocjonalnej i duchowej lub fizycznie. Może uważać, że jego ciało ulega rozkładowi, np. odmawia jedzenia, ponieważ uważa, że stracił swoje jelita lub że zdążyły już zgnić. Zaburzenie to może wytworzyć urojenie wtórnie powiązane, tj. urojenie bycia nieśmiertelnym: skoro już umarłem i żyję, znaczy, że mogę robić co chcę bo nic mnie nie zabije! Warto pamiętać, że problemy z identyfikacją siebie w lustrze lub przetworzeniem twarzy innych



### NOTA BENE

„Pozory mylą” to okropna klisza, ale w końcu musi się skądś brać. Dlatego warto jest poznać przeszłość chorego: poproś rodzinę o zdjęcia, pytaj, jak pacjent się czuł i co robił zanim zaczęła się choroba. Ważne jest to nie tylko w procesie planowania leczenia, ale i dla Ciebie samej. Zobaczysz wtedy osobę, która chowa się za patologią.



### NOTA BENE

Pytaj chorego: co jest GŁÓWNA rzeczą, która ciebie martwi? Co możemy zrobić, żeby twoje życie było lepsze? Jeśli mogłabym naprawić JEDNĄ rzecz dzisiaj, co by to było? Znalazienie najważniejszych lub najbardziej uciążliwych objawów może pokazać na czym naprawdę zależy choremu.



#### NOTA BENE

Choroby mózgu mogą bardzo wpłynąć na sytuację finansową pacjenta. Oto kilka porad:

- Ustal powiernika, zaufaną osobę, która zweryfikuje większe transakcje lub zablokuje konto w ostrej psychozie.

- Załóż w banku procedurę wykrywania niecodziennych przelewów, nagłego wzrostu wydawania czy nieregularnego kupowania żywności. Jeśli bank nie posiada takiej funkcji, osoba zaufana może konsultować transakcje na jednej z aplikacji do prowadzenia budżetu.

- Ucz pacjentów, jak obchodzić się z pieniędzmi, płacić swoje rachunki i uzyskiwać najlepsze oferty w sklepach.

- Dbaj o niezależność i o własne zarządzanie pieniędzmi. Niech pacjent płaci sam za wyniesienie śmieci w domu czy za znalezienie nowego klucza do mieszkania. Można go przecież odprowadzić do bankomatu!

- Porozmawiaj na temat limitów na kartach kredytowych oraz dziennych limitów wypłaty gotówki.

- Informuj o krajowych programach pomocowych w dziedzinie finansów i długu, kieruj do agencji społecznych i fundacji charytatywnych.

Ale przede wszystkim:

ZAPYTAJ pacjenta, jakiego wsparcia SAM potrzebuje!!!

zdarzają się w przebiegu częstych chorób demencji starczej, np. chorobie Alzheimera. Kontrowersyjnym urojeniem z pogranicza akceptacji kulturalnej są syndromy, w których chory twierdzi, że przedmioty martwe posiadają swoją duszę, myśli i osobowość.

## KOMPUTER MÓWI „NIE”

**P**an Cezary jest 67-letnim mężczyzną z rozpoznaniem pierwotnego zaburzenia psychotycznego, które znakomicie kontroluje za pomocą leków. Razem z żoną Cecylią prowadzą księgarnię w ogrodzie koło jednego z dużych parków uniwersyteckich. W chłodne wieczory serwują gorącą czekoladę z puchawkami, które świetnie pomagają zapomnieć o zimowej zawierusze. Oferowane książki to nie tylko światowe bestsellery. W sklepie znaleźć można obfitą kolekcję lokalnych autorów oraz pachnące wiedzą tomy antykwaryczne.

W czwartek rano, Pan Cezary chciał uregulować rachunek za dostawy książek. Wszedł do aplikacji swojego banku, aby dokonać przelewu na ok. 2 i pół tysiąca funtów. Skrupulatnie wpisał referencje i adres kontrahenta. Niestety, aplikacja odmówiła wykonania transakcji. Pan Cezary poirytował się trochę, gdy nawet pani z infolinii nie była w stanie autoryzować przelewu.

– Ależ niech Pani zrozumie! Ja muszę to do końca tygodnia uregulować... nie lubię mieć zaległości!

– Przykro mi, ale takich transakcji nie można u Pana na koncie wykonać. Proszę się udać do siedziby banku. – Konsultantka z infolinii nie dawała za wygraną. Toteż Pan Cezary zamknął księgarnię i wraz z Cecylią ruszyli w kierunku oddziału przy jednej z głównych ulic miasta. Uprzejmie przedstawił się ekspedientce, wyjął paszport i rozpiskę z danymi konta bankowego.

– Nie mogę autoryzować tej transakcji.

– Ależ dlaczego? Przecież mam ze sobą dokumenty... tutaj wszystko widać!

– Jest Pan klientem pod specjalną kontrolą (na ekranie notatka o PPD), którzy wymagają naszej specjalnej opieki i pomocy.

– Kiedy ja tylko chciałem wykonać ten przelew. Muszę zapłacić rachunek za dowóz książek. Rozumiem, że przejmuje się Pani moją chorobą, ale naprawdę nikt nie próbuje mnie oszukać. Mam wszystkie dane...

– Nie mogę tego Panu zaakceptować. Jeśli Pan po weekendzie przyjdzie osobiście do banku z odbiorcą przelewu, to *pomyślimy o tym*.

– Jak Pani może tak traktować mojego męża!? – Cecylia wstała z krzesła – przecież ja też po-

twierdzam, że musi ten rachunek uregulować. A nie mam przecież PPD.

– Przykro mi. Takie mamy procedury w banku.

– To ja w takim razie proszę o wypłacenie mi wszystkich moich pieniędzy. Likwiduję u państwa konto.

– Przykro mi. Nie możemy Panu wypłacić żadnych środków.

– Przecież to niedorzeczne! – Żona podniosła głos – Czy Pani oszalała?

– Cecylio, spokojnie, nie denerwuj się – Cezary próbował uspokoić sytuację, ale sam aż się zagotował. Dlaczego nie pozwalają mi podjąć jego własnych pieniędzy?

– Nie będę już z Panią rozmawiała. Zmienimy bank jak najszybciej się da – żona szarpnęła za swoją torebkę i wyszła za drzwi. Pan Cezary nie wiedział, co ma zrobić.

– Przepraszam Panią za żonę, czasami się denerwuje – zdenerwowany zdjął kapelusz i rozpiął kurtkę – Gorąco aż mi się zrobiło...

– CO PAN SOBIE WYOBRAŻA? – Krzyknęła ekspedientka – Jezu. Oszalał. Proszę się nie rozbierać! – Wcisnęła alarm, który przywołał do okienka dwóch ochroniarzy – Ten Pan się strasznie agresywnie zachowuje, bo choruje nerwowo... – szepnęła do nich.

– To jakieś nieporozumienie... – Pan Cezary nie wiedział co ma zrobić – Proszę mi po prostu dać te pieniądze i ja sobie pójdę gdzie indziej, jeśli w tej placówce nie jestem mile widziany.

Niestety, Pan Cezary nie zdawał sobie sprawy, że kierownik banku już zadzwonił po posiłki z policji. Czterech funkcjonariuszy wparowało do hallu z bronią w ręku i skuło nieszczęśliwego klienta na ziemi. Razem przytargali go do opancerzonego radiowozu. Zadowoleni z siebie policjanci dowieźli delikwenta wprost na oddział, gdzie dowiedziałem się o całej historii. Było mi strasznie szkoda księgarza, który po kolei i logicznie, ale z nieukrywanym żalem wspominał o wydarzeniach tamtego dnia.

– Pamiętam jeszcze jak tu byłem – przerwał opowieść wskazując na telewizor – Wtedy myślałem, że na tym ekranie widać demony, a głosy mówią mi, żebym podciął sobie żyły.

– Dobrze, że tego Pan nie zrobił. Gdzie byśmy chodzili poczytać Historie Rzymian czy Dzieła Sztuki Asyrii? Nigdy Pana nie poznałem, ale z opowiadań słyszałem o Pańskim antykwariacie.

– Przykro mi, że tak mnie potraktowali – w oku staruszka pojawiła się łza – Dziesięć lat temu wypuścili mnie ze specjalnego zakładu psychia-



trycznego. Przesiedziałem tam dwadzieścia osiem miesięcy. Wszystko dlatego, że urzędnicy zgubili moje papiery. Od tamtego czasu próbuję sobie ułożyć życie... ale ciągle spotykają mnie takie przykrości... – wytarł oczy, gdy ja ruszyłem w kierunku policjanta.

– To jak, możemy już? Ładujecie go na dołek?

– Eh? Nie. – Dezynwoltura funkcjonariusza wybiła mnie z rytmu – Oczywiście, że nie.

– No ale jak to? Przecież jak tu kogoś zawoziemy, to go od razu unieruchamiacie.

– Szanowny... Panie – osoby, które miały wątpliwą przyjemność słuchać moich wykładów na żywo z pewnością poznają ten ton – Po pierwsze, zgodnie z ustawą, o przyjęciu decyduje lekarz. Czyli na wasze nieszczęście: ja. Po drugie, nie ma żadnych przesłanek do stwierdzenia stanu umysłu, który chociażby trochę kwalifikowałby Pana Cezarego do unieruchomienia. Po trzecie, co wy do jasnej cholery myśleliście???

– Ale... jak go wzięliśmy, to gdzieś go trzeba...

– Gdzieś go trzeba... co? – Zniecierpliwilem się – jest wolnym człowiekiem, może sobie robić co mu się rzecznie podoba i dysponować jego własnymi pieniędzmi. Nie macie prawa go od tak zatrzymywać. Jeśli chcecie, to proszę uprzejmie, aresztujcie go i postawcie mu zarzuty. Tylko doskonale wiecie, że prokurator zrobi z was marmoladę. Patrzycie na jedno rozpoznanie psychiatryczne i zawożicie go tutaj.

– Ale...

– Jeszcze nie skończyłem. – Podeszedłem do pacjenta – Niniejszym stwierdzam, że Pan Cezary nie nadaje się do zatrzymania z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, jak się Panu to nie podoba to proszę sobie załatwić psychiatrów do innego rozpatrzenia sprawy.

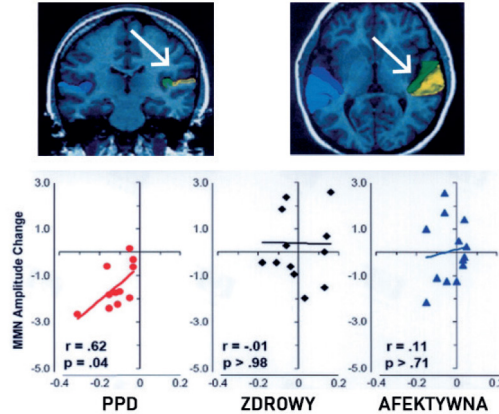
– I co? Może sobie tak iść? – Policjant nie posiadał się ze zdumienia

– Oczywiście, że może. Nie tylko może, ale mam nadzieję, że złoży zażalenie na wasze działanie, a milicja będzie musiała się gęsto tłumaczyć dlaczego ja jako podatnik funduję wam nocne wycieczki antyterrorystycznego batalionu z pełnym wyposażeniem. I mam też nadzieję, że Pan Cezary pozwie swój bank i otrzyma tak duże odszkodowanie, że następnym razem ktoś się trzy razy zastanowi, zanim obezwładni biednego starszka na płycie w marmurowym hallu.

– A ja po prostu chciałem uregulować rachunek za książki.

Szanowny Panie Kolego, osoby chore na rozpoznania psychotyczne codziennie ścierają się z maszyną pompowaną przez niewiedzę, igno-

REGIONY RÓŻNE W PPD VS. CHOROBA AFEKTYWNA



← RYCINA 10

PPD można różnicować z chorobami afektywnymi przez skan MR głowy. Utrata substancji szarej widoczna jest w między innymi Transverse Temporal Gyrus (biała strzałka). Poniżej wykresy wskazujące redukcje w PPD, u zdrowych pacjentów i w chorobie afektywnej z elementem psychotycznym (McCarley et al., 2009). Reprodukowano z uprzejmą zgodą Sage Publishing.

rancję i wykluczenie. Bezustannie perpetuuje się mity, tworzy okropne obrazy i dyskryminuje ludzi, których jedyną winą jest posiadanie określonej choroby mózgu. Choroby, która nie tylko może być świetnie kontrolowana medycznie, ale i niczym nie różni się od nowotworów, zapaleń czy infekcji. A osób z tymi rozpoznaniami nikt nie usiłuje zamykać, unieruchamiać bądź izolować od normalnego życia społecznego.

Pan Cezary został wypisany w stanie ogólnym dobrym. **Z wyrazami szacunku.**

## PYTANIA SPRAWDZAJĄCE

### ZAGADNIENIA KLINICZNE

1. Udziel pierwszej pomocy osobie z psychozą na oddziale położniczym.
2. Zbierz wywiad i dokonaj rozpoznania różnicowego psychozy u pacjenta.
3. Zaordynuj odpowiednie leczenie u chorego na PPD.
4. Udziel konsultacji matce (35l. G1 Po, 24/40), która boi się o dziedziczenie PPD (sama ma chorobę, partner nie). Poinformuj o prewencji.

### ZAGADNIENIA OTWARTE

1. Wy tłumacz ordynatorowi, dlaczego związywanie pacjentów powoduje u nich niewytumaczalny zgon, bo nie zrozumiał za pierwszymi trzema razami.
2. Przedstaw etiologię PPD, aspekty rozwojowe, konektomiczne, biochemiczne.
3. Wymień i omów główne zaburzenia konektomiczne mózgu w PPD.
4. Scharakteryzuj proces patologiczny urojeri i halucynacji.
5. Omów pryncypia farmakoterapii antypsychotycznej.
6. Wymień i krótko scharakteryzuj interwencje neuromodulacji w PPD.

### ZAGADNIENIA ZAMKNIĘTE

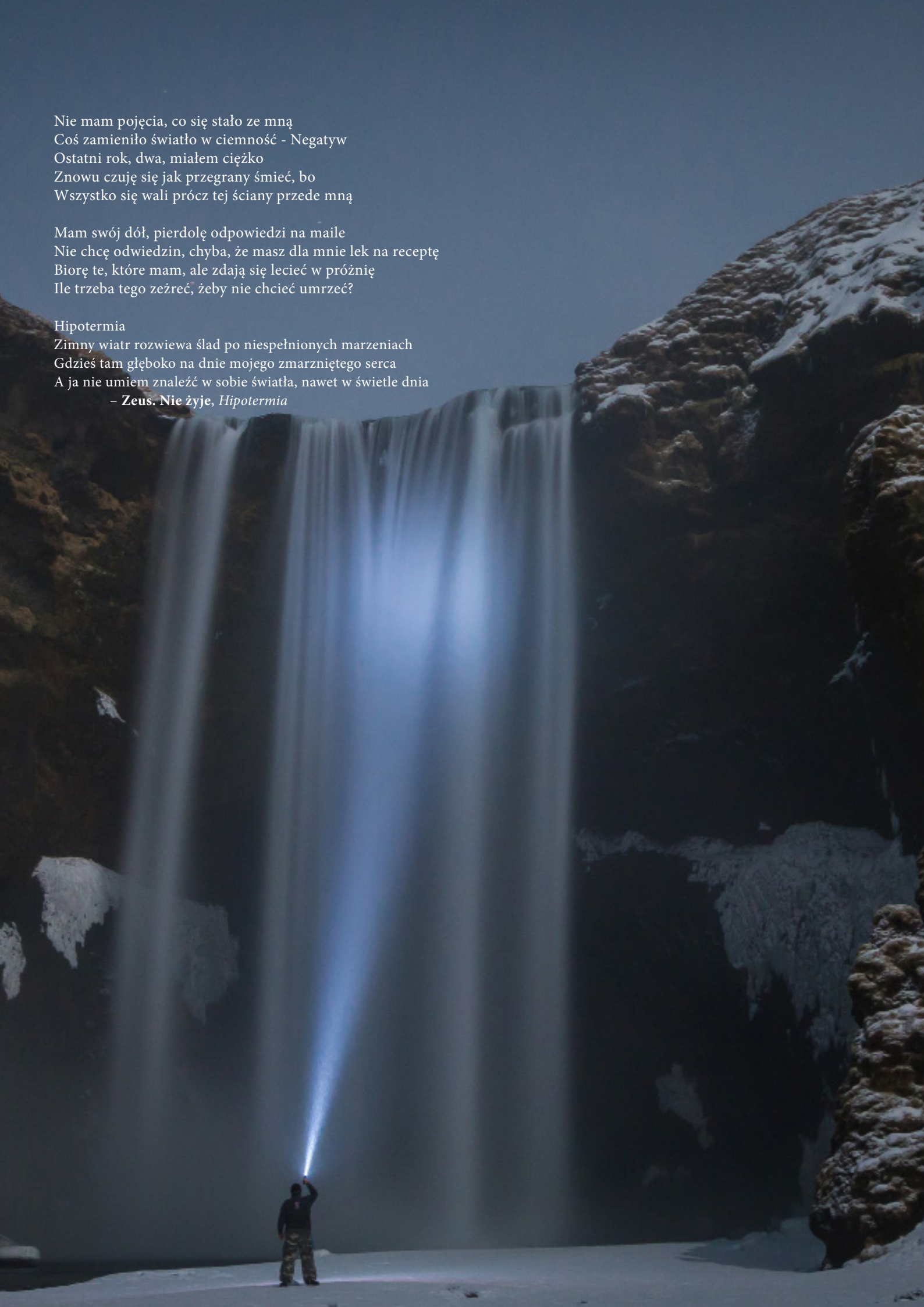
- |   |   |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Co jest największą barierą przyczyną przedwczesnej śmierci w zaawansowanym PPD?<br/>A. Defekt sercowo-naczyniowy.<br/>B. Objawy wytwórcze.<br/>C. Samobójstwo.<br/>D. Utrata środków do życia.<br/>E. Biurokracja NFZ.</li> <li>2. Które sieci konektomiczne powodują halucynacje słuchowe?<br/>A. Sieć hipokampu.<br/>B. Sieci pnia mózgu, HPA.<br/>C. Sieci superior temporal gyrus.<br/>D. Sieci skrzyżowań ciem.skron.<br/>E. Sieci dopaminowe.</li> <li>3. Których objawów nie regulują obecne leki antypsychotyczne.<br/>A. Urojeri.<br/>B. Halucynacji.<br/>C. Objawów wytwórczych.<br/>D. Dysfunkcji społecznych.<br/>E. Słyszania głosów.</li> <li>4. Które z poniższych interwencji skutecznie obniża szansę progresji do PPD w stanie ryzyka?<br/>A. Benzodiazepiny.<br/>B. Antypsychotyki<br/>C. CBT<br/>D. Ćwiczenia fizyczne<br/>E. Kwas omega-3</li> <li>5. Pacjent na olanzapinie narzeka na suchość gardła/ejakulację.<br/>A. Przepisz antycholinergetyk.<br/>B. Przepisz sildanefil (viagře).<br/>C. Zmierz na aripiprazol.<br/>D. Poleć CBT.<br/>E. Nic się nie da zrobić.</li> <li>6. Po przepisaniu rysperydonu, pacjent przytył z 70 do 76kg.<br/>A. Zapewnij, że to nic groźnego.<br/>B. Zmierz antypsychotyki.<br/>C. Zaleć ćwiczenia fizyczne.<br/>D. Oznacz poziom leku we krwi.<br/>E. To normalny objaw uboczny.</li> </ol> | <p>ODPOWIEDZI:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A - stąd tak ważna prewencja; C jest najczęstsze u młodszych osób, w pierwszych 12mcach.</li> <li>2. C - halucynacje wytwarzają się też przez brak hamowania z arcuate fasciculus.</li> <li>3. D - na reszcie są OK</li> <li>4. E - to jedyny z wymienionych preparat, na który są dowody.</li> <li>5. C - zmiana preparatu to bezpieczny zabieg. Antycholinergetyki działają tylko doraźnie.</li> <li>6. B - przyrost masy ciała z 70 do 76kg. to addycja ponad 5%, więc należy poważnie rozważyć zmianę antypsychotyku na inny. Ćwiczenia fizycznie nie przynoszą dużych efektów.</li> </ol> |
|---|---|

Nie mam pojęcia, co się stało ze mną  
Coś zamieniło światło w ciemność - Negatyw  
Ostatni rok, dwa, miałem ciężko  
Znowu czuję się jak przegrany śmieć, bo  
Wszystko się wali prócz tej ściany przede mną

Mam swój dół, pierdolę odpowiedzi na maile  
Nie chcę odwiedzin, chyba, że masz dla mnie lek na receptę  
Biorę te, które mam, ale zdają się lecieć w próżnię  
Ile trzeba tego zżreć, żeby nie chcieć umrzeć?

Hipotermia

Zimny wiatr rozwiewa ślad po niespełnionych marzeniach  
Gdzieś tam głęboko na dnie mojego zmarzniętego serca  
A ja nie umiem znaleźć w sobie światła, nawet w świetle dnia  
- Zeus. Nie żyje, Hipotermia







← **Wiking w fazie Berserk** rysunku Berserker Grande. Źródła mówione opisują odważne i nierzadko brawurowe walki Normanów podczas ich licznych podbojów Europy i Ameryki Północnej. Wielu legendarnych przywódców przechodziło fazy wielkiego gniewu, w którym zmieniali się w niepokonanych wojowników, posiadających nadludzką siłę. Dzisiejszy warsztat psychiatryczny doszuka się tam szeregu objawów chorób afektywnych, przede wszystkim w fazie maniakalnej. Toteż wczesnośredniowieczna literatura nordycka obfituje w bardzo ciekawe dla dzisiejszych badaczy opisy przypadłości takich jak psychoza, depresja poporodowa czy zaburzenia afektywne dwubiegunowe.

*Sagi Islandczyków to zbiór opowieści z tamtego okresu. Mówią one o waśniach między wpływowymi rodzinami, konkurencji w handlu, podbojach i przygodach najsłynniejszych wikingów. Lektura pokazuje początki i upadki wielkich imperiów, przykłady odważnych eksploratorów i nieustraszonych żołnierzy. Na kartach pełno jest też intryg i aliansów, które zrodziły się w najwybitniejszych umysłach tamtej epoki.*

**P**otężne śmigła medycznego helikoptera ciosały krople lodowatego islandzkiego deszczu. Z boku kabiny siedział szczerze przypięty pasami jasnowłosego chłopak. Jego szare oczy spoglądały na leżącą na noszach kobietę pośrodku pojazdu.

– Kręci ci się w głowie?

– Nie – skłamał – będzie z nią dobrze?

– Nie martw się, Czarek, da radę. Musi! – Uśmiechnął się lekarz. Śmigłowiec przelatywał właśnie nad helipadem szpitala w Akureyri. Przez chwilę zatrzymali się w powietrzu. Pilot gorączkowo przekazywał coś do drugiego mężczyzny. Najwidoczniej nie było wiadomo, czy w takich warunkach będą w stanie wylądować.

– Wiesz jaka jest różnica między pogotowiem ratunkowym a lotnymi strażakami?

– Wykształcenie medyczne?

– Nie. Ci pierwsi muszą spełniać wymagania lokalnych standardów, wytrzymałości tonażu lądowiska i szkła w konstrukcji. A ci drudzy... muszą jedynie mieć wystarczająco szalonego pilota.

– Nie damy rady! – Kierujący krzyknął do tyłu.

– Eh, tak to właśnie jest jak się daje *Sikorskiego* cywilom – zamruczał lekarz i odwrócił się do pilota – Gdzie lądujesz?

– Chyba na lotnisku, więcej miejsca.

Pogawędkę przerwał monitor, który buczaniem zaczął wskazywać niski poziom saturacji. Oznaczało to, że drogi oddechowe poszkodowanej nie dostarczały jej odpowiedniej ilości tlenu do krwi.

– Chyba nie mamy czasu. Przypnijcie nosze i upuszczajcie na lince – lekarz przymocował hak do holownika.

– Halo, nie zostawiaj mnie tutaj! – Czarek wydawał się być bardzo niepokojony, że jego towarzysz podróży postanowił zeskoczyć ze zwisającego nad lądowiskiem śmigłowca.

– Z lotniska jest zaledwie sześć minut drogi – odpowiedział z uśmiechem – Będzie dobrze!

Mimo tych zapewnień, obserwacje pacjentki pikowały jak zestrzelony Messerschmitt. Jej stan pogarszał się z sekundy na sekundę. Pilot ze zgrozą patrzył na to, jak lekarz zsunął metalową linkę wprost w objęcia naziemnego asystenta. Ratownicy medyczni z dołu przejęli jej drugi koniec. Wózek już czekał, aby przewieźć poszkodowaną do środka szpitala.

Lekarz zeskoczył na płytę lądowiska i przywitał się szybko z załogą ratownictwa naziemnego. Arktyczny chłód skostniałego deszczu momentalnie zeszytywniał na jego twarzy. Energicznie obtarł warstewki lodu wełnianą rękawiczką i nałożył na chorą maskę tlenową. Po szybkim skinięciu, wszyscy pognali w kierunku zatoczki resuscytacyjnej. Helikopter arktycznego LPR-u oddalił się, znikając za chmurami paskudnej pogody. Na górzystym horyzoncie malowała się polarna zorza.

– Pani Justyno, proszę się trzymać – orzeźwiający uśmiech lekarza zaskoczył nieco przerażoną obsługę medyczną szpitala, który zazwyczaj trudnił się kostkami łamanymi podczas oglądania wielorybów. Pacjentka odetchnęła. Na szczęście nie potrzebowała większego wsparcia dróg oddechowych. Cała się trzęsła pod kocem.

– Co się dzieje? Gdzie mój film?! Muszę go nakręcić, przecież to jest trzecia część mojej legendarnej wycieczki na Islandię!!! Dajcie mi moją kamerę! – Napór myśli nie pozwalał jej pozbierać składnie zdań; co chwilę zginała się w napadzie bólu i drgawek. Lekarz mówił do niej spokojnie, po czym zdjął z niej koc.

– **Co ty robisz, przecież ona się przeziębi!** – Wykrzyczał jeden z ratowników – Na dworze jest przynajmniej minus piętnaście.

– Być może – lekarz wskazał na monitor – Ale ona ma nieco powyżej trzydziestu dziewięciu – zwrócił się do stojącego obok niego skryby – pacjentka znaleziona przy wodospadzie Dettifoss



#### NOTA BENE

Na obszarze Arktyki, dostępność do szpitali i jednostek ochrony zdrowia jest bardzo ograniczona. Nierzadko do najbliższego punktu świadczeń specjalistycznych jest 8 godzin drogi. Dobre umiejętności logistyczne to podstawa ratownictwa na tym terenie.



#### NOTA BENE

Kontrolowanie temperatury ciała wydaje się być ostatnim priorytetem w nagłych przypadkach. Nic bardziej mylnego! Wyziębienie pacjenta powoduje kwasicę i zaburzenia krzepnięcia. Jednak w tym wypadku chora może mieć gorączkę mimo upornej pogody... dlaczego?





DECYZJE KLINICZNE  
Co należałoby teraz  
zrobić z Justyną?  
Odpowiedz: (TAK/NIE)

- Oceń ryzyko.
- Ustal status rodziny i  
dzieci poszkodowanej.
- Podaj środki  
antypsychotyczne.
- Rozpocznij terapię  
antydepresyjną lekami  
SSRI.

podczas tworzenia filmu na bloga na Instagramie. Z danych świadków naocznych wynika, że pokłóciła się z partnerem zaraz po zakończeniu nagrywania. Krzyczała coś niezrozumiałego w jego kierunku, gdy ten zniknął z dwójką dzieci w samochodzie.

– Zostawił ją po środku tundry? Bez możliwości powrotu?

– Najwyraźniej. Próbowwała sama przedostać się do miejsca widokowego i wezwać pomoc. Niestety, potknęła się na jednej ze skał wodospadu i stoczyła na półkę z porostami. Z danych wstępnych oględzin nie ma urazów głowy. W jej kurtce znaleziono kilkanaście tabletek sertraliny, citalopramu i mitrazepiny.

– Antydepresanty?

– Tak.

– Musiała cierpieć na depresję...

– Możliwe. Zostaliśmy pokierowani przez aplikację SOS, współrzędne podane przez *what-threewords*. Byliśmy koło Myvatn, gdy przyszło wezwanie.

– Całkiem niezły czas – zaśmiał się lekarz medycyny ratunkowej, który wszedł do pokoju i przywitał się z kolegą po fachu – zespół serotoninowy?

– Na to wygląda. Destabilizacja autonomiczna, nadpobudliwość układu nerwowego i mięśniowego. Zatrzymajcie SSRI, dajcie benzodiazepiny, monitorujcie na intensywnej terapii i koce chłodnicze jeśli trzeba.

– Koce chłodnicze? Ha. Pod kołem podbiegu-nowym po prostu się otwiera okna.

Czarek wpadł do środka w swojej puchatej kurtce i przytulił się do lekarza. Był szczęśliwy, że nic mu się nie stało i że pacjentka żyje i ma się dobrze.

– Ona umrze od tego?

– Nie. Prognoza w zespole serotoninowym jest bardzo dobra.

– Cieszę się. I to wszystko jej się stało z depresji? Naprawdę?

Nie do końca wszystko: depresja, sytuacja rodzinna, społeczna i problemy w odnalezieniu się w życiu pacjentki – to składało się na obraz trwale obniżonego nastroju, niestabilności emocjonalnej i uczucia, że już nic nie sprawia jej szczęścia. Chciała wybrnąć z tej pułapki i ułożyć sobie życie na nowo. Niestety. Lekarstwa, w których upatrywała pomoc, przywiodły ją na oiom arktycznego szpitala w Akureyri. Nie jest to jednak kolejna smutna historia o matce z depresją i jej tragicznym życiu. Mało kto pomyśli, że dysfunkcje jej

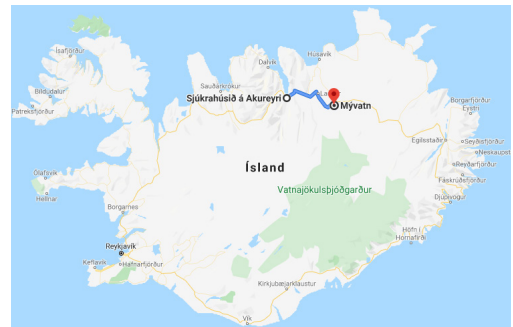
mózgu są bardzo podobne do tych, które posiadał ratujący ją lekarz.

Jak to możliwe? Czy choroba, która wytwarza paraliż ruchowy, wyczerpanie energetyczne, melancholię, smutek, zdołowanie i prerażliwe autodestrukcyjne halucynacje może również indukować przesyt energii, brak strachu, zmniejszoną potrzebę na sen oraz entuzjastyczną pewność siebie? Jakim cudem połączenia w mózgu generują dzielnych wikingów i nieustraszonych lekarzy, którzy dla odkrycia nowych lądów czy ratowania życia będą w stanie skakać z helikopterów, przepływać przez tundry i szarżować czteronapędowym samochodem przez góry zachodnich fiordów? I jakim cudem te same połączenia odbierają im smak życia, wytwarzają urojenia, zabijają radość i powodują tragiczną i pełną przeszywającego bólu śmierć?

*Na te pytania odpowiemy sobie w tym rozdziale.*



Puffiny arktyczne (maskonury zwyczajne, *Fratercula arctica*) to rodzaj średniej wielkości ptaka zamieszkującego wybrzeża północnego Atlantyku. Puffin jest również narodową maskotką Islandii.



Mapa Islandii z zaznaczoną drogą z jeziora Mývatn do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Akureyri (północna Islandia).



NOTA BENE  
Niektóre drogi na północy Islandii mogą być kiepsko przejezdne zwłaszcza zimą, kiedy część tras jest zamknięta. Warto jest sprawdzić najnowsze prognozy pogody i mieć się na baczności, albowiem sytuacja meteorologiczna pod kołem podbiegu-nowym może zmieniać się bardzo szybko.



NOTA BENE  
Destabilizacja autonomiczna to dysfunkcja współczulnego i przywspółczulnego układu nerwowego. Choroba, które ją powoduje może wpłynąć zatem na wszystkie organy kontrolowane przez te sieci: serce, układ krwionośny, jelita, pocenie się, pęcherz moczowy czy żrenice.

# SAGA O KEFLAVÍKU

## WYSPA GRIMSEY, KOŁO PODBIEGUNOWE

### Arktyczne Lotnicze Pogotowie Ratunkowe

Znajdujesz się na wyspie Grimsey i oglądasz słodkie puffiny. Nagle otrzymujesz wezwanie: 32 letnia kobieta zastabła przy wodospadzie Dettifoss. Ma wysokie tętno, gorączkę 39 stopni (mimo mrozu!). Jest pobudzona, a jej stan umysłu szybko się zmienia. Właśnie zaczął się jej drugi atak napadowy. Czy zdążysz na czas i uratujesz jej życie?



“Við ramman mun reip at draga,” segir Gunnhildr, “ok leyfið þér honum at fara sem honum gegnir bezt.”

“I tak nie wygrasz z nim kłótni,” powiedziała Gunnhild, próbując przekonać Hrótra do pozostania w Norwegii i zaprzestania eskapady “Niech tam robi co uważa”.

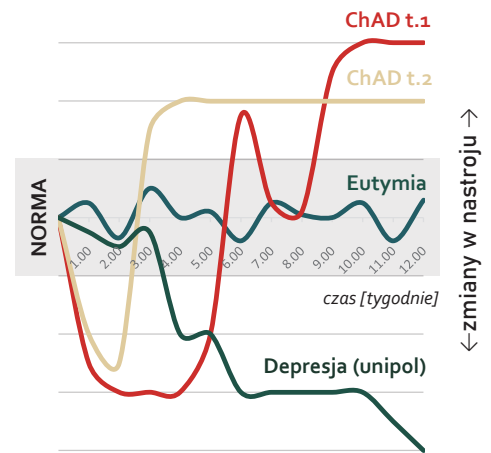
– *Sagi Islandczyków* „Opowieść o Njalu”

### DEFINICJA I DIAGNOZA

**D**yskonektomie afektywne to zespół chorób mózgu, których głównym elementem jest patologia nastroju. Wbrew obiegowej opinii, nie są to jedynie uczucia smutku czy tryskanie radością; choroby te niosą bowiem ze sobą szereg bardziej dotkliwych objawów, których na pierwszy rzut oka nie powiązaliśmy bezpośrednio ze zmianą samopoczucia.

Czym jest zatem *afekt*? Używając geograficznej analogii, to *pogoda*, która może wykształcić się w danym klimacie (*nastroju*), ale niekoniecznie go definiuje. Na przykład, w polskim umiarkowanym klimacie mogą występować dni ciepłe, zimne; wilgotne lub suche, ale jeden tydzień ulewy jeszcze nie oznacza, że na nizinie wielkopolskiej wyrośnie gęsty las deszczowy. Tak samo w życiu człowieka, trzy dni złego samopoczucia nie spowodują depresji unipolarnej. Dobry humor z pewnością dopisze po otrzymaniu pozytywnej oceny lub podwyżki w pracy; złe samopoczucie nie będzie czymś dziwnym po utracie bliskiej osoby lub niepowodzeniu na egzaminie. Taki afekt nazywamy *reaktywnym*, tj. normalnym. Dopiero głębokie i długotrwałe zmiany w mózgu mogą spowodować patologie takie jak depresja unipolarna (permanentny obniżony afekt) czy Choroby Afektywne Dwubiegunowe (ChAD), w których nastrój zmienia się epizodycznie (Ryc.1).

Oprócz zmian nastroju, choroby afektywne powodują szereg patologii snu, pamięci, regulacji energii, skupienia, postrzegania i procesowania informacji. Niestety, te poważne zaburzenia bardzo często niepoprawnie diagnozowane są w przypadkach „zwykłej” niestabilności emocjonalnej lub jako osobliwy „dodatek” do innych chorób. W psychiatrii pokutują przypadki „zaburzeń lękowo-depresyjnych” lub rozpoznania typu „Schi-



RYCINA 1

Przykładowy przebieg naturalny chorób afektywnych. W prawdziwym życiu zmiany w nastroju mogą mieć różny charakter. ChAD = Choroba Afektywna Dwubiegunowa, Unipol=Unipolarna

zofrenia, Bipolar, BPD, EUPD, DPD” (czytaj: nie mam co zrobić z tą krzyczącą pacjentką na SOR, to dam jej leki na wszystko, może coś zadziała...) Przez takie „diagnozowanie”, choroby afektywne są bardzo często traktowane pobłaźliwie. W wielu przypadkach pierwszym wyobrażeniem „depresji” jest smutna nastolatka, która spędza dzień na wysyłaniu historii na Instagramie z cięciami na nadgarstku, po tym jak pani znowu zadała im za dużo z polskiego. ChAD to samotna matka w średnim wieku z 5 dzieci, która nie wie, czy wydać 500+ na papierosy czy Netflix, więc przychodzi na SOR i krzyczy „niech ktoś coś z tym zrobi!!!”.

Toteż społeczne postrzeganie zaburzeń afektywnych nie jest zadziwiające. 90% badanych twierdzi, że nie są w ogóle chorobami mózgu, prawie połowa uważa, że są nieuleczalne, a znakomita większość twierdzi, że wynikają ze złego wychowania (65%) lub z nadwrażliwości emocjonalnej (71%) (Pawełczyk, 2020 za Stahl, 2010).

W rzeczywistości te choroby są o wiele bardziej ciekawe, a właściwe diagnozy szybciej znajduje się wśród charyzmatycznych przywódców, geniuszy zbrodni czy walecznych berserków niż w kolejkach ośrodków pomocy społecznej.

### EPIDEMIOLOGIA

Ocenia się, że na ChAD choruje około 2.1% populacji (typ I i II) (Gorostowicz & Siwek, 2018). Oczywiście dane te mogą być łatwo modyfikowa-



**DECYZJE KLINICZNE**  
Co należałoby teraz zrobić z Justyną  
Odpowiedz: (TAK/NIE)

#### V Oceń ryzyko

Nie wiesz, czy była to próba samobójcza oraz czy syndrom serotoninowy pojawił się po zmianie terapii. Należy solidnie ocenić ryzyko w tym przypadku.

#### V Ustal status rodziny i dzieci.

Nie wiesz również, co stało się z dziećmi oraz partnerem. Warto jest skontaktować się z rodziną i ocenić ich bezpieczeństwo.

#### X Podaj środki antypsychotyczne.

Nie ma na razie dowodów, że chora ma objawy psychotyczne.

#### X Rozpocznij terapię antydepresyjną lekami SSRI

To spowoduje tylko pogłębienie się syndromu serotoninowego i pogorszy stan Justyny. Leki należy zatrzymać natychmiast.

## MYK KLINICZNY KUCHENNA DIAGNOSTYKA

Naprawdę po śmierci bliskiego można być przez kilka tygodni smutnym! Naprawdę można być nastolatkiem z kilkunastodniowym złym nastrojem i naprawdę można tryskać energią z powodu dobrze wykonanego zamówienia. Wszystko bez kszty patologii. Naprawdę!



ne, gdy rozszerzy się kryteria diagnostyczne. Na przykład, w polskich POZ-tach częstość depresji szacuje się na ok. 23% (Pawelczyk, 2020). Koszt leczenia chorób afektywnych to od 1 do 2.6 mld zł rocznie. Na leczenie samej depresji NFZ wydaje 167mln, a ZUS 762 mln zł rocznie (Drapała et al., 2014). Bez względu na poprawność diagnostyczną, zmiany nastroju są częste i każdy profesjonalista ochrony zdrowia spotka się z nimi co najmniej raz w swojej karierze. Dlatego warto jest wypracować dobry warsztat pomocy osobom z takimi problemami i solidnie rozpoznawać przypadki reaktywne (normalnej odpowiedzi) od tych, które wymagają leczenia specjalistycznego.

## AETIOLOGIA

Choroby afektywne mają skomplikowaną patofizjologię, która składa się z deficytów genetycznych, hormonalnych, biochemicznych i konektomicznych. Oto krótkie ich omówienie.

## GENETYKA

Dziedziczność chorób afektywnych szacuje się na ok. 85%, co jest największym wskaźnikiem wśród poligenicznych chorób mózgu (Bienvenu et al., 2011). Dotychczas udało się ustalić przynajmniej 18 genów odpowiedzialnych za te choroby, na chromosomach od 1 do 20 (Budde et al., 2017). Odkryto również rzadsze mutacje CNV (z ang. *copy number variation*), tj. defekty materiału genetycznego, w którym dany fragment jest powtarzany kilkakrotnie (jak na zaciętej płycie). CNV związane są z dużym ryzykiem zachorowania (Malhotra et al., 2011) w szczególności w przypadku rozpoznania choroby przed 22 rokiem życia (Pribe et al., 2012). Istnieje też kilka genetycznych powiązań z chorobami psychiatrycznymi, co wydaje się logiczne z powodu na wspólne objawy (Vieta et al., 2018). W ChAD mogą przecież występować halucynacje i urojenia, a w PPD nierzadko spotykamy zmiany nastroju. Wydaje się, że w wielu przypadkach pierwszy objaw decyduje o „naklejecie” diagnostycznej i późniejszym leczeniu: pacjent prezentujący się najpierw z depresją, a później halucynacjami otrzymuje rozpoznanie depresji psychiatrycznej; petent, którego gonią demony i jest przez to wycofany i smutny: PPD. Wobec tego, nierzadko mówi się o połączeniu tych dwóch chorób i przeprowadzeniu granicy w innym miejscu, np. podziału na chorych, którzy nie radzą sobie kognitywnie, mają obniżone IQ i potrzebują wsparcia medycznego i społecznego vs. tych, którzy przeżywają silne objawy psychiatryczne i afektywne, związane z wysoką śmiertelnością i bardzo często wysokim IQ. Podziały takie wymagałyby jednak olbrzymiej pracy nad rozpoznaniami i przesiewem.

Najnowsze badania biologii molekularnej skupiają się na tym, aby powiązać indywidualne geny

z odpowiedzią na leczenie lub przewidywaniem ryzyka. Na przykład, N=2563 badanie z konsorcjum nad stosowaniem litu wskazały locus na 21 chromosomie, kodujący niekodujące RNA (tak, jest coś takiego!) związany z odpowiedzią na lit (lek używany w stabilizacji nastroju) (Amare et al., 2018; Hou et al., 2016). Takie badania mogą wytyczyć drogę do psychiatrii przyszłości, gdzie diagnostyka i leczenie będą odbywały się na kanwie obiektywnych testów i spersonalizowanych pomiarów, np. skanu mózgu i badań krwi.

Oprócz zmian w standardowym DNA, postuluje się kilka hipotez mówiących o dziedzicznych zmianach w komunikacji między komórkami przez kanały wapniowe, systemie glutaminowym, hormonalnym czy nawet mikro RNA (Forstner et al., 2015). Zmiany epigenetyczne również mają swoją rolę w patofizjologii depresji. Ciekawe są niedawno odkryte powiązania indukowanej stresem zewnętrznym metylacji DNA z późniejszymi deficytami odpowiedzi na normalne mechanizmy hormonów stresu (Otte et al., 2016).

## ŚRODOWISKO

Czy zaburzenia mogą być powodowane przez inne choroby lub czynniki środowiskowe? Najwięcej dowodów istnieje na związek chorób afektywnych z zespołem jelita drażliwego (IBS) +148% szansy [95% CI +135%,+161%], mniejszej jakości badania wskazują na trudne dzieciństwo +186% [+103,+304], otyłość +77% [40%,123%] i astmę +121% [+57%,+187%](Bortolato et al., 2017). „Ha! Mamy cię!”, powiesz czytelniku, „w końcu choroba, która istnieje przez trudne dzieciństwo!!!”. W rzeczy samej, problemy wieku dziecięcego istotnie wpływają na zaburzenia afektywne, niedobory inteligencji i kognicji w dorosłym życiu. Ale nie tak prędko! Można im skutecznie przeciwdziałać dobrym IQ, tj. osoby inteligentne, jak i te, które chcą wykształcić swoje zdolności kognitywne, poradzą sobie bez problemu (Jiménez et al., 2017). Ponadto, korelacja nie mówi o tym, co jest przyczyną, a co skutkiem. Bardzo możliwe, że nieleczony obniżony nastrój wpływa na niekorzystne wybory życiowe: palenie papierosów, brak ruchu czy niezdrową dietę, a te, z kolei powodują problemy metaboliczne, oddechowe czy jelitowe.

## KONEKTOMIA

Głównym dworcem zawiadującym patologiami w chorobach afektywnych jest **płat przedczołowy** (Ryc.2). Nietrudno domyśleć się dlaczego: jest to bowiem miejsce odpowiedzialne za procesowanie **emocji, zachowań, relacji społecznych i podejmowanych decyzji**. W samym płacie występuje szereg defektów: utrata kręgosłupów dendrytowych (Konopaske et al., 2014), aktywacji białej/szarej materii (Poletti et al., 2019) i redukcje w grubości mózgu (Rive et al., 2013).

## MYK KLINICZNY I KTO MNIE ZDIAGNOZUJE?

Choroby afektywne cechuje również brak wglądu w objawy; bardzo często to bliscy i znajomi zauważają zmiany w zachowaniu i nastroju osoby chorej. Z tego powodu badania przesiewowe czy usiłowanie wychwytu tych osób poprzez kampanie zdrowia publicznego są nieskuteczne (Gilbody et al., 2005).





## 1. LINIA AFEKTYWNA

Pierwszą omawianą autostradą jest ta z płata przedczołowego do anterior cingulate cortex, caudate nucleus i ciała migdałowatego. Uszkodzenie jej powoduje **zmiany w emocjach** (euforia, radość, przyjazność, ale i: irytacja, melancholia, nieszczęście), **zachowaniu** (nadpobudliwość, nieustraszenie, porywczość, ale i: opóźnienie ruchów, brak energii, wygaszenie) oraz **kognicji** (zaburzenia interferencji: przełącznika, który koordynuje wszystkie rodzaje pamięci i wybiera, które myśli mają być procesowane pierwsze. To prowadzi do natłoku myśli, utraty pamięci, dekoncentracji) (Frangou, 2019).

Co ciekawe, linia ta jest dość elastyczna. Po wdrożeniu odpowiedniego leczenia, da się przywrócić jej funkcje, co widoczne jest w obrazowaniu mózgu (Frangou, 2019). Z drugiej strony, im dłużej pozwoli się chorobie na żerowanie na tej linii, tym większe spustoszenie kory mózgowej (Hibar et al., 2018).

## 2. LINIA LIMBICZNA

Ta omawiana w zaburzeniach lękowych autostrada odgrywa dużą rolę również w chorobach afektywnych. Dyskonektomie działają destrukcyjnie na połączenia z płata przedczołowego przez cało migdałowate, fusiform gyrus i inferior occipital gyrus. Ten defekt wpływa nie tylko na **pamięć do twarzy czy emocje**, ale i powoduje, że osoby z obniżonym nastrojem nie są w stanie **dobrze identyfikować zamiarów i uczuć** innych ludzi (podobnie jak w zab. lękowych) (Yu et al., 2020).

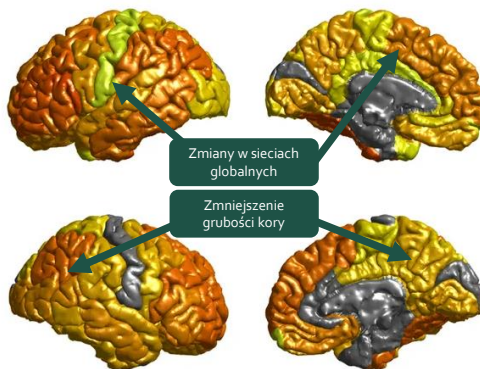
## 3. LINIA PAMIĘCI

Ta nitka przechodzi przez płat przedczołowy, następnie idzie do anterior cingulate cortex, przez hipokamp, sieci pamięci pracującej oraz przez część sieci podstawowej. To właśnie uszkodzenia w **pamięci pracującej** wywołują jedne z najbardziej dotkliwych objawów. Uszkodzony jest bowiem zbiór funkcji wykonawczych w mózgu, który odpowiada za (1) **porozumiewanie się** (poprzez moduł mówienia i rozumienia), (2) bufor, w którym składuje się **tymczasowe informacje**, np. listę zakupów, jednorazowy kod SMS oraz (3) **orientację przestrzenną**. Wszystkie te elementy są zaburzone w chorobach afektywnych (Sankar et al., 2017). Defekty sieci podstawowej zaś uszkadzają działania innych funkcji w mózgu, zwłaszcza podczas tak ważnego dla naszego zdrowia **nicnierobienia**, tj. czasu, w którym mózg wypoczywa (Rodríguez-Cano et al., 2017).

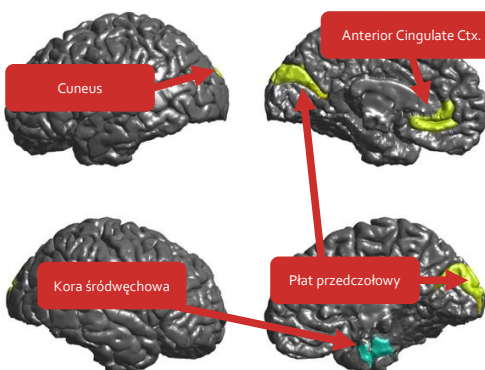
## 4. LINIA RUCHOWA

**Odpowiednia stymulacja ruchowa:** nadpobudliwość lub jej brak (paraliż ruchowy, opóźnienie) to znane objawy ChAD czy depresji unipolarnej. Te obsługiwane są przez jądra podstawy i ich połą-

(1) Wycięcenie kory mózgowej w ChAD



(2) Największe zmiany w postępującej ChAD



czenia do kory ruchowej (Frangou, 2019) lub czuciowej, w której integruje się zmysły i stymulację sensoryczną. Defekty w tym miejscu będą odpowiedzialne za, np. wytworzenie nieprzyjemności **bólu emocjonalnego** czy regulacji **nieszczęśliwych uczuć** w obniżonym afekcie (Kropf et al., 2019).

## NEUROPRZEKAŹNIKI

Defekty konektomiczne związane są również z szeregiem patologii hormonalnych. Najczęściej wymieniane są zmiany w gospodarce **serotoniny** (5-HT) („hormonu spokojnego szczęścia”): w depresji obserwuje się nadmierne zużycie się tego neuroprzekaźnika w mózgu (chorzy „przepalają” większą ilość 5-HT, aby utrzymać normalny afekt), a deficyty tryptofanu, aminokwasu, który jest czynnikiem budulcowym serotoniny, mogą powodować depresję u szczurów (Grahame-Smith, 1992) jak i zmiany u osób, które popełniły samobójstwo (Träskman et al., 1981). Podobne zależności obserwuje się w receptorach **noradrenaliny** („hormonu działania i snu”) i **dopaminy** („hormonu nagrody”) (Belmaker & Agam, 2008). Do tego występuje szereg konsekwencji systemowych i regulacyjnych w ciele, np. poprzez ścieżkę kynureninową, w której powstają chemiczne czynniki budulcowe i destrukcyjne równowagi serotoniny (Franklin and Cowen, 2001). Istnieje olbrzymia ilość badań na zwierzętach, autopsji oraz badań obrazowania i biochemii u ludzi, które potwierdzają nie tylko szereg zmian metabolizmu tych neuroprzekaźników, ale i polepszenie objawów, jeśli zmodyfikujemy te osie hormonalne odpowiednimi lekami (Kaufman et al., 2016).

## RYCINA 2

Zmiany w mózgu chorych na Chorobę Afektywną Dwubiegunową (ChAD) na obrazowaniu rezonansu magnetycznego (MRI) (1) Wycięcenie (zmniejszenie grubości) kory mózgowej w porównaniu z człowiekiem zdrowym. Im bardziej czerwony/pomarańczowy kolor, tym większe wycięcenie. Kolor szary symbolizuje część mózgu, która nie zmienia się w procesie choroby. Olbrzymia ilość zmian pokazuje jak duża część globalnych sieci zmienia się w przebiegu tej choroby (strzałki pokazują poglądowo to zjawisko).

Plansza (2) pokazuje cięższe przypadki ChAD, w których występują bardziej zaawansowane zmiany w konkretnych miejscach w mózgu (strzałki pokazują je na modelu anatomicznym). Płat przedczołowy oraz anterior cingulate cortex są ważnymi elementami procesowania nastroju, emocji, decyzji oraz zachowania (jak pokazano na Rycinie 2). Pozostałe miejsca w mózgu odpowiadają za bardziej przesyłanie tych informacji (Hibar et al., 2018).

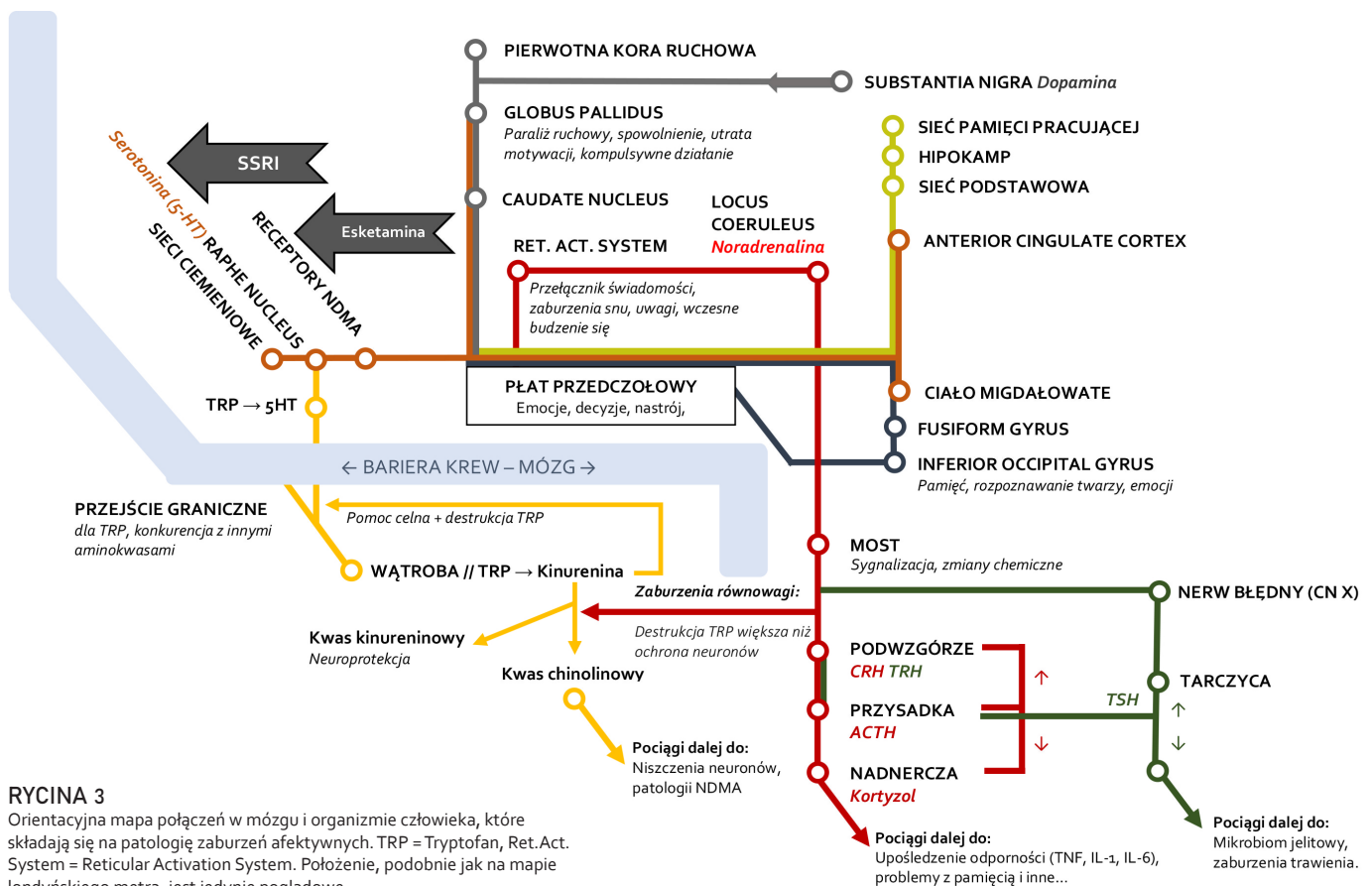
### MYK NAUKOWY AMEBA Z DEPRESJĄ

System serotoninowy to jeden z najstarszych w mózgu. Niektórzy szacują jego wiek na nawet 750 mln lat! Nawet niektóre organizmy jednokomórkowe posiadają receptory serotoninowe.

### MYK NAUKOWY DMUCHAWCE LATAWCE WIATR

Przejścia pór roku oraz związane z nimi zmiany w temperaturze i świetle słonecznym często wpływają negatywnie na nastrój i mogą spowodować pogłębienie chorób. Najczęściej obserwuje się to w przejściu z lata do jesieni oraz z zimy do wiosny.

Niektórzy stosują terapię świetlną, tj. wystawianie się na działanie sztucznego światła na przystankach autobusowych lub w domu. Jest to jednak bardzo mało dowodów (Nussbaumer-Streit et al., 2019).



### RYCINA 3

Orientacyjna mapa połączeń w mózgu i organizmie człowieka, które składają się na patologię zaburzeń afektywnych. TRP = Tryptofan, Ret.Act. System = Reticular Activation System. Położenie, podobnie jak na mapie londyńskiego metra, jest jedynie poglądowe.

Prześledźmy w jaki sposób się to dzieje. Serotonina produkowana jest w mózgu z tryptofanu (TRP) (Ryc.3). Ten aminokwas jest normalnym składnikiem diety i przedostaje się przez barierę krew-mózg w dwóch niezależnych procesach. Pierwszy to zwykle przejście wolnego tryptofanu do mózgu (przemyt – trudniejszy), drugi to przejście przez normalny port graniczny. Jeśli tryptofan przedostanie się już do mózgu, konwertuje się go do serotoniny. Co dzieje się z pozostałym TRP? Ten, który nie został wpuszczony tuła się po organizmie, aż trafi do wątroby, gdzie konwertuje się go do kynureniny. Ta nosi olbrzymią zazdrość o to, że nie dostała się za poprzedniego żywota do ośrodkowego układu nerwowego i podróżuje do bariery krew-mózg, aby wydawać tryptofan celnikom i uniemożliwiać rodakom przedostanie się do „lepszego świata”. Kynurenina, która została w wątrobie, stymuluje enzymy niszczące tryptofan. Osie glikokortykoidów, cytokin oraz katecholamin (substancje odpowiedzi na stres) również stymulują niszczenie TRP. Czy kynurenina może wyrządzić jeszcze więcej szkód w depresyjnym organizmie? Oczywiście że tak! Konwertowana dalej do kwasu chinolinowego powoduje zniszczenia w receptorach NMDA (zwłaszcza w ciele migdałowatym), propaguje depresję i dekonstrukcję połączeń w mózgu przez niszczenie innych neuronów (Muller & Myint, 2009). Kynurenina może jednak odkupić swoje winy. Może bowiem przekonwertować się do kwasu kynureninowego.

Ten spowoduje ochronę wrażliwych neuronów i zakończy destrukcję połączeń w mózgu. Niestety, w depresji, zwłaszcza tej odpornej na leki, metabolizm hormonalny (osi hormonów „stresu” HPA znanej z zaburzeń limbicznych) spycha priorytety wątroby na produkcję kynureniny i kwasu chinolinowego, a wyhamowuje produkcję dobrego kwasu kynureninowego.

Co dzieje się wtedy w mózgu? Na poziomie komórkowym molekule serotoniny są przewożone w specjalnych ciężarówkach (nazwa naukowa: VMAT2) (Ryc.4). Następnie wyładowywane są punkcie styku z drugim neuronem (synapsą). 5-HT przedostaje się zatem z neuronu wysyłki (presynaptycznego) do neuronu odbioru (postsynaptycznego), który to już aktywuje pozostałe elementy połączeń odpowiedzialnych za dobry nastrój.

Większość leków antydepresyjnych działa na system recyklingu serotoniny, a mianowicie potwórnym wychwyty. Część serotoniny wraca bowiem niewykorzystana do pierwotnego (presynaptycznego) neuronu wysyłki (Ryc.4). Leki z grupy SSRI (selektywnych inhibitorów wychwyty serotoniny) blokują możliwość powrotu 5HT, przez co ilość działającej serotoniny zwiększa się. Jest to podobne do wpełnienia krowy w miejsce przejścia neuroprzekaźnika. Muczące i ryczące zwierzę skutecznie blokuje przeskoczenie islandzkich owieczek z powrotem do neuronu wysyłki.

### MYK NAUKOWY KARABIN MASZYNOWY

Opisane wyżej systemy są niezwykle skomplikowane i różnorodne. Przy takim stanie rzeczy, podawanie prostych leków SSRI wygląda jak ślepe strzelanie do receptorów z karabinu maszynowego...

Antydepresanty działają również na szereg różnych receptorów 5-HT, każdy z nich odpowiedzialny za nieco inną czynność w regulacji snu, emocji, ruchliwości, energii, motywacji, decyzji czy pobudzenia. Użytkownicy MDMA z pewnością wiedzą, jak działa przeładowanie serotoniny. „Piksa” wchodzi do neuronu drogą podobną do skaczących islandzkich owieczek (jest wyjątkowo podobna do 5HT, więc z łatwością mieści się w bramki). Następnie sabotuje ciężarówkę transportową (VMAT) i wywraca cały zapas serotoniny w neuronie. Jako prawdziwy rebel, przedziurawia kanały wejścia do neuronu wysyłki i wypuszcza na gwałt całą serotoninę ze środka. Stężenie 5HT nagle zwiększa się, a neurony otrzymujące ją zaczynają nieustannie wypalać sygnały stymulacji. Kończy się to w najlepszym wypadku szybkim zużyciem zapasów i „dołem” po spożyciu narkotyku (brakuje serotoniny → „mini depresja”), a w najgorszym zespole serotoninowym (przeładowaniem serotoniny), który może być śmiertelny.

### HORMONY PODWZGÓRZA I ODPORNOŚĆ

W poprzednich ustępach zwróciliśmy uwagę na kilka powiązań konektomii i metabolizmu z układami hormonalnymi. Pozostały nam do omówienia dwa systemy: osi stresu i osi tarczycy. Zniszczony układ limbiczny stymuluje produkcję **hormonu stresu** (kortyzolu) oraz zmienia dobowy rytm jego wydzielania. Dzieje się to przez stymulację hormonów pośrednich: CRH oraz ACTH (Ryc.2), które to wpływają na **zaburzenia odporności** (dysregulacja TNF, IL-1,6) i problemy z pamięcią (Dowlati et al., 2010).

Dlatego też długotrwałe leczenie sterydami powoduje siedmiokrotne zwiększenie samobójstwa +689% (+452%,+1050%) +183% szansy na depresję (+172%,+194%) oraz +435% na manię (+367%,+516%), N= 786 868, nawet po wykluczeniu wpływu choroby, na którą sterydy były przepisywane (Fardet et al., 2012). Dyskonektomie afektywne mogą wykształcić się również wśród pacjentów onkologicznych, z WZW typu C lub stwardnieniem rozsianym, gdy leczeni są cytokinami IL-2 lub interferonem-γ (Myint et al., 2009). Te substancje, wydzielane normalnie w odpowiedzi na stres, przedostają się do mózgu i niszczą struktury komórek nerwowych, jak i astrocytów (ich „ochroniarzy”). Leki te wpływają też na degradację tryptofanu i jego dostępność w mózgu. Zaburzenia odporności przyczyniają się do zwiększenia patologicznej sygnalizacji nerwu błędnego (Otte et al., 2016) oraz wpływają na neuroplastykę, np. przez redukcję czynników wzrostu neuronów takich jak BDNF (Molendijk et al., 2014).

Podwzgórze reguluje również funkcje tarczycy przez TSH. To właśnie dlatego w subklinicznej niedoczynności tarczycy można zaobserwować

objawy afektywne, a branie tyroksyny powoduje podniesienie nastroju u chorych nawet bez zaburzeń afektywnych (Hage & Azar, 2012).

Niektórzy wskazują również na rolę hormonów płciowych, co tłumaczyłoby występowanie około-miesiączkowej dysforii, depresji poporodowej czy objawów menopauzy. W tych przypadkach chodzi bardziej o czułość receptorów niż same zmiany hormonalne (Schiller et al., 2015).

### SEN

Depresja unipolarna może powodować wszystkie rodzaje insomni. **Pierwszorzędną** (brak możliwości zaśnięcia), **drugorzędną** (dobre zasypianie, ale budzenie się 3-4 godziny przed budzikiem bez możliwości zaśnięcia) lub **hipersomnię**, tj. zbyt długi sen, po którym osoba chora czuje się znużona, niewypoczęta i... spóźniona! Depresja powoduje również zwiększenie gęstości snu i dyshibicję fazy REM. Wydłuża jego okres, zwiększa ruchy gałek ocznych oraz zmniejsza fazy snu nie-REM (Wang et al., 2015). Dzieje się to w wyniku kombinacji zmian immunologicznych (IL-6, TNF), biochemicznych (dopamina, noradrenalina, serotonina) oraz predyspozycji genetycznych zmiany rytmu dobowego w suprachiasmatic nucleus (Fang et al., 2019).Warto zwrócić uwagę na to, że obniżenie afektu może być objawem pierwotnego zaburzenia snu. W tym wypadku, naprawa snu przyczyni się do normalizacji nastroju.

### ROZPOZNANIA RÓŻNICOWE

**F30.1 Epizod Maniakalny** to zaburzenie, w którym występują długotrwałe (>7 dni) objawy podniesionego afektu. Są to najczęściej beztroška, euforia, niekontrolowana ekscytacja, zwiększona energia, nadpobudliwość, presja mowy, bar-

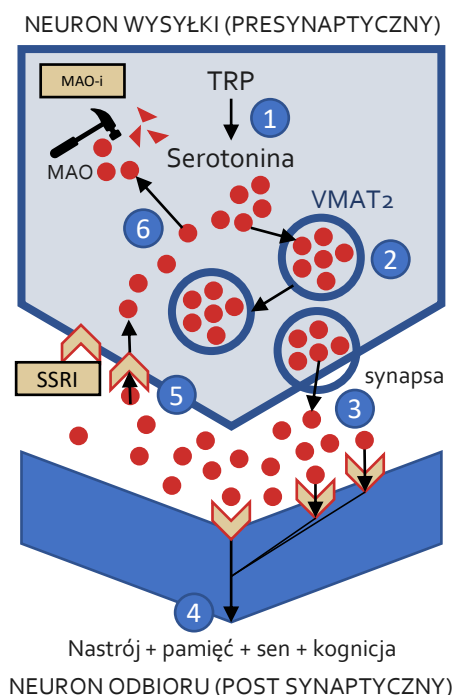


### ZEUS

Polski raper i producent muzyczny. Jego twórczość ukazuje ciekawe elementy chorób afektywnych. Podmiot liryczny, z osoby, która była aż nadaktywna, miała masę pozytywnej energii, zaangażowania, bardzo długie trasy koncertowe i raczej pozytywny przekaz, zmienia się w kogoś zupełnie innego. Widać to po płycie „Zeus. Nie żyje”, gdzie tematyka była skoncentrowana na smutku, problemach i autodestrukcji, pomimo „obiektywnych” powodów do szczęścia (pieniędzy, fanów, sławy). To był 2012 rok. W 2015r. pojawia się płyta „Zeus. Jest super”. Bohater zmienia się diametralnie, co widać chociażby w przypadku utworu „Nie potrzebuję wiele”, w którym autor sam docenia to wszystko, co ma i widzi pozytywne aspekty codzienności. Twórczość artysty zasługuje na uznanie nie tylko z powodu na dokładność opisywanych objawów czy oryginalność refleksji. Autor porusza bowiem w bardzo wyrozumiały sposób problematykę ofiar samobójstwa. Diagnostowanie pacjenta (zwłaszcza lirycznego) bez jego udziału jest dość kiepską praktyką lekarską. Jeśli jednak powierzyć zbieranie wywiadu internautom, CHAD t.1 wydaje się być trafny. Stąd też przyjmowanie antydepresantów raczej nie pomoże... (Fot. Natalia Kiszczak CC:BY-SA 3.0)

### RYCINA 4

Proces komunikacji między neuronami. Neuron wysyłki i odbioru wymieniają się informacjami za pomocą neuroprzekazników (tu: serotoniny, na czerwono). (1) Enzymy konwertują tryptofan (TRP) do serotoniny, (2) serotonina ładowana jest do transporterów VMAT<sub>2</sub>, (3) serotonina uwalniana jest do synapsy (przestrzeni między neuronami), skąd przenika do drugiego neuronu odbioru, (4) neuron odbioru przyjmuje serotoninę i uruchamia kaskadę działań wpływających na nastrój, pamięć, sen, koncentrację i inne, (5) aby zaoszczędzić serotoninę, jej niewykorzystane zasoby recyklinguje się przez powtórny wychwyt. Leki z grupy SSRI blokują ten proces, przez co w synapsie zostaje więcej serotoniny, (6) MAO to enzym, który rozkłada serotoninę i inne monoaminy. Leki z grupy MAO-i wyhamowują ten proces.





## MYK NAUKOWY CYKLOTYMIA

To zespół chorobowy, w którym występują epizody hipomanii i depresji, ale chory nie kwalifikuje się na diagnozę innych chorób afektywnych. Według ICD-10, zaburzenia nastroju muszą trwać przynajmniej 2 lata.



### NOTA BENE

Wiele czynników może spowodować przełączenie się ChAD do manii. Najbardziej znanym jest bodaj do dziś kontrowersyjny wpływ leków SSRI (typu antydepresantów); niektórzy twierdzą, że podanie ich w epizodzie depresyjnym, bez stabilizatorów nastroju, powoduje przejście w manię.

Podobne skutki może mieć podanie innych leków: sterydów, androgenów oraz niektórych antybiotyków. Choroby takie jak stwardnienie rozsiane, udar, toczeń, Cushing, Addison czy subkliniczna niedoczynność tarczycy również podnoszą ryzyko przełączenia (Vieta et al., 2018).

## MYK KLINICZNY NAJWYŻSZY CZAS!

Choroby afektywne są postępujące i należy je leczyć jak najwcześniej. Bez interwencji pogłębiają się: depresja unipolarna w kategorii średniej może z czasem pogorszyć się do kategorii ciężkiej z powodu na postępujące dysfunkcje konektomiki mózgu. A zniszczone już trakty o wiele ciężiej się naprawia...



dzo szybka artykulacja i natłok myśli, idei oraz zmniejszona ilość snu. Przytłoczenie jest tak duże, że chory nie jest w stanie utrzymać uwagi i bardzo szybko się rozprasza. Następuje również utrata zahamowań społecznych, co może przerodzić się w nieodpowiedzialne zachowanie, lekkomyślność finansową, seksualną i decyzyjną. W przebiegu tego epizodu może również pojawić się **psychoza (F30.2)**: halucynacje oraz urojenia (najczęściej misyjne, wielkościowe): *w takich chwilach pięć tuzinów myśli gromadziło się w jego głowie: taśmy ze wspomnień przeżytych sukcesów i porażek, uczucia tego, że można osiągnąć wszystko i tego, że wszystko legnie w gruzach, miliony głosów, obrazów, retrospekcji i pomysłów z prędkością światła rujnowały jego uwagę i zdolności poznawania tego, co jest realne. „Mam misję, by naprawić świat” – myślał – „Muszę poświęcić swoje życie, aby leczyć ból i cierpienie. Choćbym miał przepalić ostatnie komórki swojego ciała, przeprowadzę tę operację!”.* *Popatrzył na milicjanta, który spisywał rekwizowany sprzęt.*

„Wynocha z mojej kliniki, ale już!”

**F30.0 to Hipomania**, epizod podobny do maniakalnego (F30.1), ale bardziej łagodny. Osoby z tą chorobą mają ciągle podniesiony nastrój, zwiększoną energię i aktywność, uczucia dobrego samopoczucia fizycznego i psychicznego. Są wyjątkowo prospołeczne, gadatliwe, nie szanują przestrzeni osobistej i mają zwiększone zachowania seksualne przy zmniejszonej potrzebie snu. Nie jest to jednak związane z przerwami w normalnym życiu, porzuceniem pracy, rodziny czy studiów. W F30.0 również występują niecierpliwość, poirytowanie, zarozumiałość i zwiększone poczucie własnej wartości. **Hipomania może przerodzić się w manię przez czynniki spustowe** takie jak brak snu. Przejście to jest bardzo często niezauważalne dla chorego, dlatego co do zasady hipomanię traktuje się również jako stan patologiczny i kwalifikuje do leczenia: *wsiadłem na motor i zaciągnąłem się rześkim porannym powietrzem. Rozpierało mnie szczęście, gdy pomyślałem sobie, że jadę do mojej ukochanej pracy. W głowie wizualizowałem sobie operacje, nowe wiadomości, artykuły i ciekawych pacjentów, których będę mógł poznać. Ja to mogę to wszystko chłonąć jak gąbka! A i kolejne trzy punkty rozliczeniowe za wykonanie konsultacji chirurgicznej, jeden, nomen omen, mniej tylko od punktacji w pełni wykwalifikowanego specjalisty oraz zwroty za leki z Brazylii i następnym podmiot do wpisywania na faktury: wszystko rozpedzi naszą VATową karuzelę na kolejny bieg i zasili fundusz budowanego dzieła najlepszego szpitala uniwersyteckiego w kraju!*

**F32 to epizod depresyjny**; występuje w odmianach od łagodnego (F32.0) do silnego (F32.3). **Depresja to zazwyczaj triduum Becka: anergia**

(brak energii do wykonywania czynności), **anhedonia** (brak umiejętności odczuwania przyjemności) i **obniżony nastrój**. Do tego objawy biologiczne: zaburzenia pamięci, irytacja, zaburzenia snu (charakterystyczne poranne budzenie się), brak skupienia, krótki okres uwagi, zmniejszone libido, utrata apetytu (i wagi). Siłę choroby definiuje się przez pryzmat wpływu na życie pacjentki: F32.0 zachowa normalne życie codzienne, F32.1 będzie odczuwała znaczne problemy ze względu na objawy, a w F32.2 pojawiają się zwiększone myśli samobójcze, myśli nadwartościowe, np. nihilistyczne. F32.3 to depresja psychotyczna, gdy do objawów F32.2 dolicza się jeszcze halucynacje i urojenia, z porażeniem ruchowym, stuporem i tak silnymi symptomami, że życie codzienne przestaje być możliwe. To szczególnie groźna wersja, albowiem chory przestaje jeść i pić przy jednoczesnym zwiększeniu zachowań autodestrukcyjnych, które mogą zakończyć się śmiercią: *nie jadł już od dwóch tygodni. Nie chciał słyszeć o spotkaniu z kimkolwiek. Ledwo co poruszał kończynami. Wszystko działo się jakby w zwolnionym tempie. Każde słowo powoli przesywała jego końcówki nerwowe. Myśli te nagle przerodziły się w ból, głosy w szkalujące go sztylety, które agresywnie niszczyły resztki jego woli życia i chęci na kontynuowanie swojego losu. Okaleczenie, nienawiść, śmierć, samobójstwo, halucynacje, urojenia i postaci, które chodzą za nim wszędzie i nie dają mu w spokoju odetchnąć, choćby na dwie minuty. Kolejne pociągi myśli uniemożliwiały skupienie się na tym, aby bronić się przed napastnikami. Złość, gniew, nienawiść do siebie, pragnienia zabicia się, agresji, które w końcu wykolejały się w uczuciu bólu, depresji i urojeń. „Nie mogę nikomu powiedzieć o tym”, myślał, „Mogą spróbować mi przeszkodzić w planie usunięcia się z tego świata. A chcę, żeby był jak najbardziej bolesny, powolny i krwawy”.*

Jeśli występuje tylko jedna forma epizodów, np. tylko depresja lub tylko mania, to mówimy o **chorobie afektywnej jednobiegunowej (unipolarnej) – negatywnej (najczęściej) lub pozytywnej**. Warto jest zauważyć, że objawy te muszą występować przynajmniej przez 2 tygodnie; posiadanie reaktywnego afektu lub objawów afektywnych w reakcji na coś, np. w przebiegu zespołu adaptacyjnego, to dalej najczęstszy i całkowicie normalny stan. Występowanie mieszanek epizodów nazywamy **F31 chorobą afektywną dwubiegunową**. Typ pierwszy to niegdyś zwana „depresja maniakalna” (Ryc.1). Typ 2 to depresja z hipomanią. W zależności od napotkanego stanu ustala się diagnozy od F31.0 do F31.9.

**F53.0 Depresja poporodowa** to typ zaburzenia afektywnego, który występuje po urodzeniu dziecka. Może być aktywny nawet do kilku miesięcy i występuje zarówno u matki jak i u ojca. Sam poród może również indukować psychozę

(psychoza w depresji poporodowej) lub reaktywować psychozę w przebiegu ChAD, depresji psychotycznej unipolarnej, pierwotnego zaburzenia psychotycznego i innych. Czynniki ryzyka do depresji poporodowej to historia posiadania takiego epizodu w przeszłości, historia rodzinna zaburzeń psychotycznych, a także delirium i sepsa podczas porodu (encefalopatia septyczna).

Nie należy mylić chorób afektywnych z niestabilnością emocjonalną w przebiegu zaburzeń osobowości chwiejnej emocjonalnie, zależnej czy zwykłego reaktywnego afektu (patrz: ROZDZIAŁ 9).

## LECZENIE KONSERWATYWNE

W krótkim terminie na obniżenie afektu działa wiele niefarmakologicznych i niechirurgicznych sposobów. Warto jest poświęcić trochę czasu na znalezienie źródeł szczęścia u chorego i wykorzystanie ich do zmiany podłego nastroju.

**„Co sprawia, że czujesz się szczęśliwa?”** (uwaga: zadaj pytanie pozytywne. Nie pytaj o to, czy chora straciła już chęć życia lub czy nie odczuwa już szczęścia z wykonywanych czynności – odpowiesz sobie: „tak!”)

*„Nie wiem, czuje się przygnębiona, nic mi nie sprawia przyjemności, mam okropnego doła.”*

*„A jakbyś miała wybrać jedną czy dwie czynności, które jednak sprawiają, że podnosisz się na duchu?”*

*„W sumie lubię bawić się z psem i słuchać muzyki...”*

*„O, kochane! Jak nazywa się twój piesek?”  
[zaczyna rozmowę w kierunku pozytywnych myśli]*

*„Ma na imię Franz i jest śliczną chmurką... zabrałam go ze schroniska; uwielbia wychodzić na spacer do parku. Kupiłam mu ostatnio ocieplacz w szkocką kratę i wygląda w nim ślicznie.”*

*„Awww... masz zdjęcia? Z chęcią bym zobaczył. A może poszłabyś z nim na spacer? Na pewno się ucieszy.”*

W ten sposób można wyprowadzić chorą w dobry stan myśli i skoncentrować się na tych połączeniach w mózgu, które jeszcze działają. Jest to niezwykle ważne, albowiem w miarę postępowania choroby mogą one zaniknąć, a ich odbudowanie będzie niezwykle ciężkie terapeutycznie. Dobrymi rozwiązaniami w krótkim okresie są też ćwiczenia fizyczne. Polepszają one objawy o średnio +62% vs. placebo [+81%,+42%] N=1353 po terapii i o średnio +33% podczas kolejnej wizyty kontrolnej (Cooney et al., 2013). Najlepszym typem ćwiczenia jest trening siłowy, który jest około dwukrotnie lepszy od aerobiku (ale i ten działa,

więc zalecamy go, jeśli tego chce również chora!). Co ciekawe, ćwiczenia zwiększają też jakość życia i nie wpływają na adherencję: chorzy w badaniach chętnie angażują się w terapię; wcale nie wołają „tylko brać tabletki”: karnie chodzą na siłownię (Cooney et al., 2013)!

Muzykoterapia dodana do zwykłego leczenia zwiększa jego efektywność o +98% [+169%,+27%] N=219 nawet do sześciu miesięcy (Aalbers et al., 2017). Techniki relaksacyjne są co prawda lepsze niż placebo, ale wypadają słabo wobec psychoterapii – być może warto je zalecać w łagodnej depresji (Jorm et al., 2008).

## PSYCHOTERAPIA

Mam nadzieję, że po przeczytaniu kilku rozdziałów tego podręcznika, jasnym jest, że istnieją olbrzymie różnice w wynikach leczenia pomiędzy „zwykłym gadaniem” a psychoterapią przeprowadzoną przez specjalistę. Per analogiam, istnieją różnice między różnymi rodzajami psychoterapii i nie każdą można stosować do wszystkich chorób. Cele psychoterapii są jednak uniwersalne: ma ona przywrócić osobie chorej jej naturalne połączenia i struktury w mózgu. Naprawiona konektomika ma za zadanie pomóc osiągnąć chorej jej potencjał: zawodowy, rodzinny, osobisty oraz podnieść jakość życia. Lekami są jedynie mostem do terapii i mają za zadanie pomóc chorej zaangażować się w sesję z profesjonalistką. Meta-analizy pokazują, że to terapia oferuje definitywne leczenie chorób afektywnych dla zdecydowanej większości osób w długim terminie (Leichsenring et al., 2016). Interwencje chirurgiczne podnoszą ilość wyleczonych chorych, ale sięgają się po nie zazwyczaj w bardzo zaawansowanych przypadkach, kiedy psychoterapia nie zadziałała lub leki nie były optymalizować chorej do wzięcia udziału w zajęciach.

## TERAPIA RODZINNA

Interwencje grupowe nie działają w depresji (Justo et al., 2007). Terapia małżeńska również nie przynosi lepszych efektów niż standardowe leczenie, nawet jeśli problem tkwi w patologii związku (Barbato et al., 2018).

## TERAPIA BEHAWIORALNA

To leczenie polega na zmianie zachowania i wzorców zachowania w konkretnych sytuacjach oraz analizie wpływu środowiska zewnętrznego na te zachowania. To terapia niemniej skuteczna niż inne w standardowej depresji; równie dobrze się ją toleruje (Shinohara et al., 2013).

## TELETERAPIA I TERAPIA MOTYWACYJNA

Standardową depresję można również, z dobrymi wynikami, leczyć przez telefon. Rozmowy skupione na pracy zawodowej pomagają zmniejszyć ilość dni na „chorobowym” o 40% [56%,14%] N=251

### MYK KLINICZNY SPOKOJNIE ANDRZEJU NIE DENERWUJ SIĘ

Techniki relaksacyjne szerzej omówione są w rozdziale o zaburzeniach lękowych. Ich nauka to nieodzowny element terapii. Czynności, które pewnie większości osób przyniosą podniesienie na duchu to: ciepła kąpiel, słuchanie muzyki, łagodne oddychanie, wyjście na spacer, wizyta w muzeum, kinie lub teatrze, zabawa ze zwierzęciem, spotkanie na kawie i sarakakar.

### MYK KLINICZNY OPORNI CHORZY

Ludzie, którzy nie uzyskują korzyści z brania leków, dalej wystawieni na wszystkie ich efekty uboczne: napady, psychoza, toksyczność kardiologiczna, dysfunkcje seksualne, gastrologiczne i skórne dalej mogą wystąpić. Co więcej, osoby, u których leczenie nic nie dało mogą po prostu poddać się i nie chcieć próbować dalszego medycznego lub chirurgicznego naprawiania ich chorób.



### NOTA BENE

CBT nie zawsze jest łatwo dostępne. Na szczęście istnieje olbrzymia ilość książek, programów komputerowych, aplikacji na telefon i serwisów internetowych, które oferują różne formy autoadministracji tego rodzaju terapii. Jest to na pewno lepsze niż brak jakiegokolwiek wsparcia (dowody i szczegóły w rozdziale o zaburzeniach lękowych).

## MYK NAUKOWY JAK ŻYC, PANIE PREMIERZE?

Efekty uboczne esketaminy jak i innych antydepresantów to... depresja, myśli samobójcze, niepokój, lęk, podenerwowanie i problemy gastryczne. Jak podawać lek, który może spowoduje to samo, co się chce wyleczyć? No cóż, należy wziąć pod uwagę za i przeciw oraz opinię pacjenta. Czasami ryzyko jest tego warte.



(Nieuwenhuijsen et al., 2014), lecz ilość redukcji w dniach bezwzględnych nie jest powalającą (ASPE, 2019): osoby z depresją i tak spędzą ok. 27 dni na zwolnieniu rocznie (Kessler et al., 2006). Badania niemieckie wskazują jednak na inną zaletę coachingu przez telefon. Osoby prowadzone w ten sposób unikają korzystania ze świadczeń zdrowotnych o łącznym koszcie ok. €300 rocznie. Koszt inwestycji w taki program prewencyjny to €162 na osobę, co przyniosło całkowitą oszczędność badanej kasy chorych w wysokości 416 tysięcy euro rocznie (Gerlach-Reinholz et al., 2017). Niektórzy postulują wprowadzenie specjalnych aplikacji na telefon, które przeprowadzają takie interwencje same, ale wyniki ich skuteczności są na razie debatowalne (Mohr et al., 2019).

## TERAPIA KOGNITYWNO-BEHAWIORALNA (CBT)

CBT pozostaje złotym standardem leczenia depresji, zwłaszcza tej odpornej na poprzednie leczenie. W takich przypadkach osiąga redukcję objawów o 35% [56%, 13%] N=522, a zyski terapeutyczne utrzymują się nawet po roku (Ijaz et al., 2018). CBT jest również niezwykle efektywna pod względem kosztów, nawet w podstawowej opiece zdrowotnej (Wiles et al., 2016). Szczegóły przeprowadzania tej terapii omówione są w rozdziale o zaburzeniach lękowych. W skrócie polega ona na zmianie połączeń na linii zachowania, myśli oraz emocji. Patologiczne powiązania, które perpetuują obniżony nastrój, zmienia się na normalne, pomocne życiowo i użyteczne dla chorego wzorce.

## LECZENIE MEDYCZNE

Główna oś terapii farmakologicznej chorób afektywnych skupia się na: (1) stabilizacji nastroju, tj. ograniczeniu wahań i groźnego przejścia z hipomanii do manii lub z depresji do manii oraz (2) podniesieniu nastroju depresyjnego do eutymicznego (normalnego). Te działania, naturalnie, zakładają, że depresja jest uniwersalnie niekorzystna dla chorego (prowadzi do śmierci oraz powikłań społecznych i zdrowotnych) oraz że hipomania, choć w większości nieszkodliwa, może przeistoczyć się w manię bez wiedzy chorego, a ta już przynosi szereg problemów finansowych, rodzinnych i społecznych. Te założenia nie zawsze są podzielane przez chorych! Konkretnie leczenie zależy od stanu, w którym pacjent przyjmowany jest do ośrodka opieki zdrowotnej. Chorzy z bardziej łagodnym przebiegiem mogą preferować rozwiązania ziołowe lub suplementy diety. Nie każdy musi od razu otrzymywać antydepresanty; leczenie nie musi trwać do końca życia.

### I – OSTRA MANIA

W leczeniu fazy maniackalnej priorytetem jest ograniczenie psychozy (Cipriani et al., 2011).

Antypsychotyki posiadają efekty uspokajające i wyrównujące afekt, a więc są pomocne nawet jeśli psychoza nie stanowi głównego elementu epizodu. Dobór leku zależy od indywidualnych preferencji i dostępności, ale zasadniczo większość antypsychotyków działa lepiej niż stabilizatory nastroju; dla przykładu hal-dol ma o prawie 20% lepsze działanie niż lit [0.36, 0.01] w N=16 073 (Cipriani et al., 2011 – użyteczna tabela porównawcza). Ze względu na silne efekty uboczne, hal-dol można zastąpić rysperydonem (vs. lit RR -0.13) lub olanzapiną (vs. lit RR -0.16). Inne stabilizatory nastroju, takie jak karbamazepina czy kwas walproinowy wypadają gorzej od litu vs. antypsychotyki pierwszego rzutu (Jochim et al., 2019). Jeśli pacjent nie odpowiada na terapię w ciągu 1-2 tygodni, należy ją zmienić. Brak odpowiedzi w postaci redukcji objawów o 10-50% przewiduje brak odpowiedzi w ogóle, w późniejszych tygodniach N=1243 (Welten et al., 2016). Kojarzenie antypsychotyku ze stabilizatorem nastroju jest wówczas bardzo dobrym pomysłem (Grande et al., 2014).

### II – OSTRA DEPRESJA

Kwetiapina ma za sobą pięć dużych RCT wskazujących na efektywność większą niż lit czy paroksetyna w monoterapii (Taylor et al., 2012). Dawki antypsychotyków muszą być jednak uważnie przepisywane, albowiem efekty uboczne, np. kwetiapiny są bardziej dotkliwe w takich przypadkach (Wang et al., 2011). Lepiej jest zacząć od niższej dawki i zwiększać ją powoli. Kontrowersje nie znikają również wobec stosowania leków antydepresyjnych SSRI w ostrej depresji. Mogą one bowiem wywołać manię i przez to odkryć ChAD u osoby, która wydawałaby się prezentacją unipolarną. SSRI nie przynoszą korzyści w ostrej depresji bipolarnej (vs. placebo) N=2373 (Sidor and Macqueen, 2011).

### III – DEPRESJA UNIPOLARNA

W farmakologicznym leczeniu tej choroby najbardziej skutecznymi preparatami pozostają antydepresanty. W olbrzymiej meta-analizie zbadano 552 studia z N=116 477 partycypantami. Wyniki jednogłośnie ustaliły, że każdy z 21 nowocześnie stosowanych preparatów jest lepszy od placebo (Cipriani et al., 2018). Dobór odpowiedniego środka jest już bardziej skomplikowany. Na przykład amytryptilina ma najlepszy profil skuteczności: działa ponad 2 razy lepiej niż placebo; dla porównania roboksetyna tylko 37% lepiej od tabletki z cukrem (Cipriani et al., 2018). Tolerancja amytryptyliny jest jednak wyjątkowo słaba z powodu na znaczne efekty uboczne. Warto jest zatem przedyskutować wybór preparatu z chorym i skupić się na niektórych innych czynnikach, takich jak koszt, dostępność czy tolerancja po rozpoczęciu brania leku. Cipriani służy również

## MYK KLINICZNY SPONTANICZNE WYLECZENIE

„Ja miałam depresję i wyleczyłam się sama: po prostu zmieniłam tę głupią pracę i od razu symptomy ustały” to często słyszane słowa. Zmiana otoczenia czy czynnika stresowego pomagają na objawy afektywne. Ale czy wobec jasnej przyczyny stresu diagnoza depresji unipolarnej była poprawna?





tabelą porównującą efektywność i skutki uboczne w zestawieniu lek vs. lek, do porównania podczas dyskusji w klinice. Wielu lekarzy używa również technik motywacyjnych w oferowaniu poszczególnych leków. Jest to oczywiście oparte na mniejszej ilości dowodów lub na dowodach czysto anegdotycznych. Wedle nich citalopram (jeszcze lepiej: escitalopram) lub sertralina są dobrym lekiem na start, paroksetyna pobudza do działania a mitrazipina usypia. Duloksetyna ma lepsze działania przeciwbólowe a wortiokestyna działa lepiej na cięższe przypadki.

Warto pamiętać, że SSRI zwiększają ryzyko samobójstwa, zwłaszcza wśród młodych mężczyzn (Barbui et al., 2009). Jest to stosunkowo mało zbadane pole kliniczne. Konwencjonalna logika wskazuje na następującą zależność: SSRI nie pomagają od razu na afekt, ale za to podnoszą motywację. Gdy chęć zabicia się występuje u osób z zaawansowaną depresją, jest chroniona przez paraliż ruchowy. Po odjęciu tego przez leki, chory może spełnić swoje zamierzenia i zakończyć życie. Szwedzkie badania wskazują również na zwiększenie ryzyka drastycznego i agresywnego samobójstwa w tej grupie (Forsman et al., 2019). Chorzy poza tą grupą, choć mają zwiększoną częstość myśli samobójczych, są dość dobrze chronieni od śmierci (NICE, 2015).

Niektórzy sugerują kojarzenie antydepresantów z benzodiazepinami (lekami na uspokojenie). Istnieją dowody niskiej jakości, że mogą one pomóc w niektórych przypadkach depresji, niwelując objawy o ¼ (-0.46, -0.03) N=598 (Ogawa et al., 2019). W wypadku depresji psychotycznej, należy również najpierw leczyć objawy psychozy (jak w ChAD). Użycie kombinacji fluoksetyny (SSRI) i olanzapiny (antypsychotyku) na N=148 partycypantach wydaje się być efektywne (dowody niskiej jakości) (Wijkstra et al., 2015).

**IV – HIPOMANIA**

Nie ma dowodów czy szczególnych wyników badań prowadzonych na osobach z hipomanią. Konwencjonalnie hipomanię leczy się wg protokołów ChAD, czyli przez stabilizację nastroju i antypsychotyki. Warto jest prześledzić jak hipomania przeradza się w manię, tj. czynniki spustowe, np. brak snu, przepracowanie, brak posiłków, przyjmowanie substancji psychoaktywnych. Można również ustalić, kto obserwuje osobę z hipomanią i czy chora jest w stanie zauważyć znaki swojego przejścia w niekontrolowaną fazę manii.

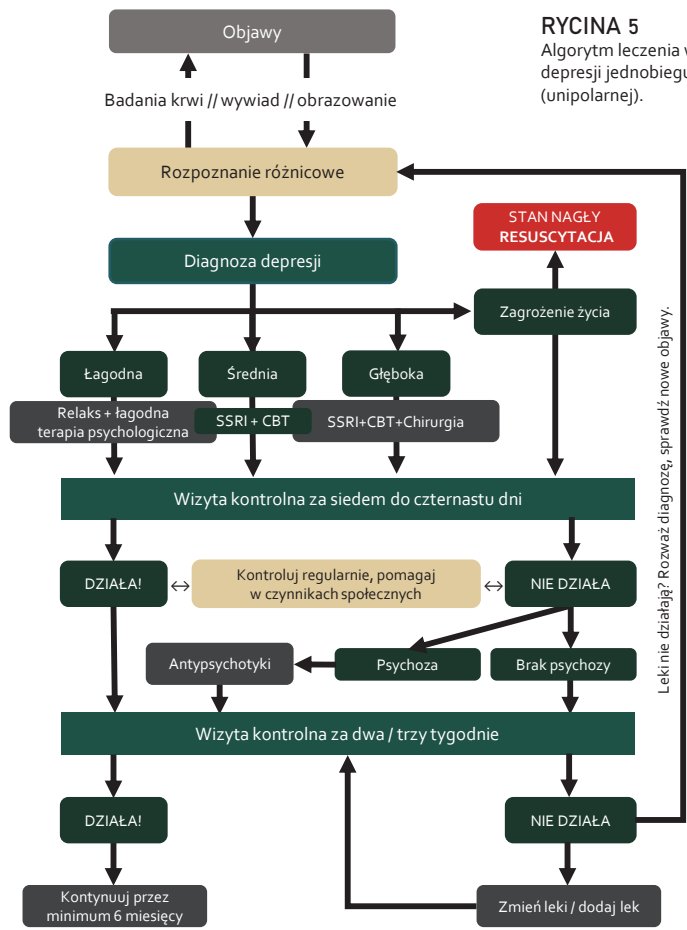
**V – DEPRESJA POPORODOWA**

Ta niezwykle śmiertelna choroba nie ma obecnie naczelnego leku, który znalazłby zastosowanie we wszystkich przypadkach. Antydepresanty SSRI są lepsze od placebo w wywołaniu remisji +79% (+8%,+198%) N=146 (Molyneaux et al., 2014).

Niestety, badania w tej kwestii cierpią na kilka poważnych wyzwań: (1) populacja matek karmiących piersią jest trudna do badania, albowiem nowy lek może przechodzić do pokarmu i uszkadzać dzieci w sposób niemożliwy do przewidzenia, (2) komisje etyki rzadko pozwalają na eksperymenty na tak kontrowersyjnej populacji, (3) wobec dużej śmiertelności, zatrzymanie pod nadzorem jest dalej konwencjonalnie najbezpieczniejszym sposobem leczenia. Niektórzy próbowali znaleźć suplementy diety podawane okołoporodowo, które mogłyby powstrzymać chorobę (witaminy, kwasy omega, wapń czy żelazo) jednak bezskutecznie (Miller et al., 2013).

Efektywne są również interwencje psychoterapeutyczne. W badaniu terapii behawioralnej ustalono polepszenie znaczne objawów o ok. -22% [-34%,-7%], N=14 727. Podobne zastosowanie miały przeszkolone pielęgniarki zdrowia publicznego (tzw. „health visitors” – pielęgniarki, które odwiedzają mamy w ich domach i oferują pomoc w sprawach zdrowotnych, praktycznych i społecznych), grupy wsparcia telefonicznego czy psychoterapie interpersonalne (Dennis and Dowswell, 2013). Co ciekawe, podobne formy ochrony stosowano już w średniowiecznej Skandynawii. Z powodu na ryzyko psychozy poporodowej, matce przysługiwała prawnie specjalna opiekunka przez pierwszy okres po narodzinach dziecka (Høyersten, 2007). Niestety, w Polsce taki zawód nie

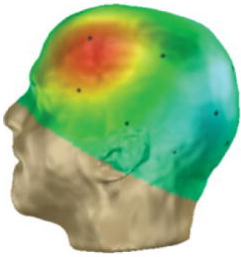
**MYK KLINICZNY PROBLEMY SEKSUALNE**  
 Antydepresanty zmniejszają libido i mogą powodować znaczne problemy z erekcją. Nie ma solidnych dowodów na to, jak można pomóc takim osobom. Konwencjonalnie używa się zatem sildanefilu lub tadalafilu u mężczyzn lub dużych dawek bupropionu u kobiet (Taylor et al., 2013). Sama depresja również może spowodować szereg dysfunkcji w tym zakresie.



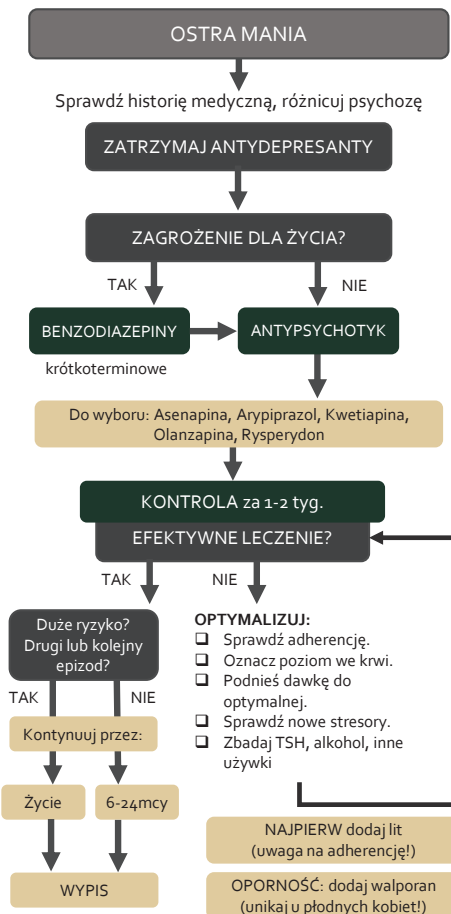
**RYCINA 5**  
 Algorytm leczenia w przebiegu depresji jednobiegunowej (unipolarnej).

## RYCINA 6

Algorytm leczenia w przebiegu ostrej manii. Panel u dołu strony pokazuje algorytm leczenia w depresji bipolarnej dowody w (Taylor et al., 2012).



Powyższy model przedstawia skupiska zmian widocznych na elektroencefalografie (EEG) w płacie czołowym, które mogą przewidzieć ryzyko zachorowania na depresję. (Nusslock et al., 2011)



funkcjonuje. Jak widać, służba zdrowia Wikingów zapewniała w tym zakresie lepszą ochronę niż współczesny NFZ. Poród może również wywołać manię, destabilizować poprzednio eutymiczne depresje czy ChAD oraz wywołać psychozę (Bergink et al., 2015), której leczenie umówiono w poprzednich ustępach.

## PROFILAKTYKA

Kiedy usta się spłaszczyć ChAD, następnym problemem jest utrzymanie choroby w ryzach. Najlepszym sposobem osiągnięcia stabilności jest lit (również kojarzony z znatydepresantami w depresji jednobiegunowej) (Cipriani et al., 2006; Miura et al., 2014). Warto zwrócić uwagę na powikłania takie jak urazy nerki czy efekty uboczne, wobec których można użyć innych preparatów stabilizujących nastroj (np. lamotrygina). NICE rekomenduje utrzymanie antydepresantów, po stabilizacji, przez kolejne pół roku (NICE, 2015) lub nawet do dwóch lat (Ryc.5,6). W żadnym wypadku nie powinno się zatrzymywać leków samemu, albowiem może to spowodować powrót depresji w stopniu gorszym niż poprzednia (depresja nawrotowa).

## BEZSENNOŚĆ

Deficyty snu są bardzo częstym objawem depresji unipolarnej. Ponad 85% pacjentów spełnia formalne kryteria insomni, a same objawy zaburzenia snu są niezależnym biomarkerem gorsze-

go przebiegu choroby i zwiększonych tendencji samobójstwa (Mackie & Winkelman, 2017). Paradoksalnie, leki przeciwdepresyjne powodują pogorszenie problemów ze snem, chociaż w dłuższym okresie wyleczenie choroby podstawowej (szczególnie przez specjalistyczne CBT!) może znacznie go polepszyć. Dodatkowo reakcje na preparaty bywają wręcz diametralnie różne. Ciekawym zabiegiem jest zatem polecenie pacjentom brania leków przed snem lub modyfikacja czasu zażywania zgodnie z rytmem dobowym. Jeśli efekty uboczne usypiają chorego, warto jest je brać na noc; jeśli rozbudzają, po wstaniu.

Działania niepożądane leków również mogą być bardziej tolerowane, jeśli odczuwa się je podczas snu. Warto pamiętać, że leki antydepresyjne działają długoterminowo, a więc godzina ich przyjmowania w ciągu dnia nie spowoduje różnicy („Ale ja chcę żebym nie miała depresji w dzień a nie w nocy!”).

Dzielenie dawek na pół również może być przydatne. Przepisywanie dodatkowych leków nasennych może być kuszące. Ich działanie jest prawie natychmiastowe, a badania krótkotrwałe wskazują na ich efektywność nawet po zaprzestaniu kuracji i zmianie na placebo (Mackie & Winkelman, 2017).

Istnieje wiele leków nasennych, które wyka-zały się dobrym działaniem (Krystal et al., 2019). Benzodiazepiny (np. triazolam, flurazepam) są efektywne w indukowaniu i utrzymywaniu snu. Podobną skuteczność mają stymulatory receptorów benzodiazepinowych (zopilkon, zolpidem). Melatonina jest bardzo efektywna i bezpieczna w przypadkach pierwszorzędowej insomni. Wbrew obiegowej opinii, tolerancja (potrzeba zwiększenia dawki) i objawy wycofania występują dość rzadko (Willems et al., 2013). Selektywne blokery histaminowe, np. doksepin, mogą pomóc w utrzymaniu końcowej fazy snu. Co ciekawe, antydepresanty przepisane na sen, np. mirtazapina czy trazadon nie zostały właściwie zbadane w studiach RCT.



## MYK KLINICZNY ŁADUJEMY DO SKANERA



Dowody na użyteczność skanów i obrowoania MR są spore, chociaż sama technika użycia tego narzędzia w prognostykacji czy diagnozie chorób afektywnych wydaje się być mocno ograniczona. Właściwie stosuje się ją jedynie w przypadkach badań naukowych lub gdy mamy do czynienia z bardzo aktywnym lekarzem...

Specjalne grupy chorych, np. z delirium, psychozą lub demencją mogą odczuć polepszenie snu na antypsychotykach sedujących, np. olanzapinie lub kwetiapienie. Pacjenci z chronicznymi zespołami bólowymi mogą odczuć poprawę przy stosowaniu leków przeciwdrgawkowych (Krystal et al., 2019).

Efekty uboczne wyżej wymienionych metod (np. relaksacja mięśni, senność czy spowolnienie psychomotoryczne) mogą być pożądane choć nie u każdego. Wobec braku tolerancji i objawów wycofania, może powinniśmy przepisywać je szerzej i w długim terminie? A być może warto twardo postawić na modyfikację dawkowania i leczenie konserwatywne, zanim zdecydujemy się na kilkudniowe (a później długotrwałe) leczenie medyczne? Pomogłoby to w wyselekcjonowaniu pacjentów, którzy będą potrzebowali leków nasennych w przyszłości. Ciężko tu o poprawną odpowiedź opartą na dowodach. Oczywiście w przypadku dużych zaburzeń funkcjonowania za dnia lub stanów wysokiego ryzyka, medykacja wydaje się być wskazana.

### FITOTERAPIA

Nie ma różnicy między spożywaniem dziurawca (*Hypericum perforatum*) a standardowym leczeniem antydepresyjnym. To popularne zioło ma również mniej efektów ubocznych (Linde et al., 2008). Warto jest jednak zwrócić uwagę na to, że produkcja dziurawca i ziołolecznictwo są mniej kontrolowane niż dopuszczone do obrotu leki farmaceutyczne, a więc chory nie ma takiej samej gwarancji co do zawartości preparatu. Wpływa on również na inne leki, np. może unieszkodliwić tabletki antykoncepcyjne.

### KWASY OMEGA-3 I FOLIOWY

Suplementy diety nie mają większego wpływu na leczenie chorób afektywnych (Martínez-Cengotitabengoa & González-Pinto, 2017). Istnieje mała ilość dowodów na korzyści wynikające z podawania kwasu omega-3 w krótkim terminie w ChAD (Montgomery and Richardson, 2008). W niedawnej meta-analizie wykazano korzyści z użycia leków przeciwzapalnych w depresji. Chorzy mieli większe szansę na remisję (+52% [+30%,+79%]), a ich objawy poprawiały się zarówno w monoterapii, jak i przy skojarzeniu ze standardowym leczeniem (N=1610, z 26 badań RCT). Takie korzyści można uzyskać przez zażywanie kwasów omega-3, statyn czy minocykliny (Bai et al., 2019).

Niedobór kwasu foliowego i witaminy B12 jest częstym zjawiskiem w chorobach afektywnych, w szczególności u osób starszych (Petridou et al., 2016). Dlatego też suplementacja kwasem foliowym polepsza objawy u niektórych chorych (vs placebo) o +265% [+493%, +38%] N=124 (Taylor et al., 2003). Warto jest zbadać poziom tych elementów przed rozpoczęciem terapii (Bender et

al., 2017). Kwas L-metylofoliowy może być pod tym względem korzystniejszy, albowiem ma lepszą penetrację przez barierę krew-mózg (Knowles et al., 2016). Jest efektywny jako dodatek do antydepresantów (15mg na dzień) w depresji odpornej na leczenie NNT=6 (Papakostas et al., 2012). Probiotyki mogą również korzystnie wpłynąć na podniesienie afektu: według meta-analizy, polepszają objawy o 30% [51%,9%] N=365, jednak ich rola i konkretne działanie są na razie nieokreślone (Huang et al., 2016).

### KETAMINA I STYMULATORY

Istnieje bardzo mało dowodów na korzystne działanie ketaminy na depresję i ChAD: jakiekolwiek działania pozytywne nikną w długim okresie kontrolnym (Caddy et al., 2015; McCloud et al., 2015). Do tego samo podawanie leku jest problematyczne z powodu na jego kontrolowany obrót i administrację dożylną. Krótka kuracja psychostymulantami może również być korzystna, jednak ich efekty uboczne, tak jak i efekty ketaminy, bywają trudne do zniesienia (Candy et al., 2008).

### ESKETAMINA

To bodaj pierwszy lek psychiatryczny wynaleziony w XXI wieku. Działa on nie na układ serotoninowy, jak standardowe antydepresanty, ale na konektomikę mózgu przez oddziaływanie na receptory NDMA i AMPA oraz wynikającą z nich restrukturyzację mózgu (Tibensky et al., 2016). W badaniach depresji odpornej na leki ustalono, że podawanie esketaminy w sprayu donosowym może zwiększyć szansę na wyleczenie o +123% (+43%,+247%) wśród N=482 pacjentów w badaniach RCT (Daly et al., 2018). Osoby leczone esketaminą miały również mniejszą szansę na powrót do depresji oraz większe szansę na utrzymanie pozytywnych efektów przez kilka miesięcy.

### KIEDY NIC NIE DZIAŁA...

Oporność na leczenie farmakologiczne zdarza się stosunkowo często; prawie 2/3 pacjentów nie będzie odpowiadało dobrze na swój początkowy lek (Little, 2009). Niepowodzenie określa się ją jako brak lub zbyt małą korzyść w ciągu 4-6 tygodni optymalnego leczenia (farmakologicznego i psychoterapeutycznego). Trzeci i czwarty tydzień są kluczowe, albowiem brak odpowiedzi do tego czasu świadczy o dużym prawdopodobieństwie na oporność (Taylor et al., 2015). Jak radzić sobie w przypadku kolejnej wizyty pacjenta, który skarży się na powrót objawów? W takim wypadku należy zadać sobie następujące pytania:

**1. Czy nie ma nowych przyczyn propagujących chorobę?** Na przykład śmierć bliskiego, niepowodzenie w pracy, negatywny wynik egzaminu etc. Normalizacja jest ważna w powrocie do normalnego stanu życia. Pamiętaj, że eutymia i reaktyw-

#### MYK KLINICZNY POWSTRZYMAJ RAPID CYCLING



Po pierwsza zatrzymaj antydepresanty! Po drugie, sprawdź czynniki spustowe, np. zmianę w TSH, alkohol, narkotyki, nowy stres zewnętrzny. Po trzecie, optymalizuj stabilizatory nastroju (na podstawie oznaczeń poziomu we krwi). Możesz powiązać je z litem. Na końcu warto rozważyć dodanie antypsychotyku np. arypiprazolu, olanzapiny, kwetiapiny.

#### MYK KLINICZNY CHORZY RAPERYZY



Uprzejmie przypominamy, że ekscytacja na scenie, „dół” związany z niepowodzeniem lub tragedią w rodzinie, zmniejszenie energii i zmęczenie po długim koncercie lub posiadanie motywacji i inspiracji w kluczowych momentach: to wszystko to normalna, fizjologiczna odpowiedź afektu na bodźce zewnętrzne. Nie oznacza potrzeby autodiagnozy bipolarą, chwiejności emocjonalnej czy borderka.



## MYK KLINICZNY CZYM TO ZNIECZULIĆ?



Nie ma różnicy w używanym środku indukującym anestezję w ECT (Peng et al., 2014), być może warto jest zatem sięgnąć po propofol, który powoduje bardziej rześkie wybudzenie się. Jeśli nie sposób jest pobudzić wyładowania pod narkozą, warto sięgnąć po metoheksital lub etomidat.



Urządzenie stymulatora nerwu błędnego (VNS) w sposób nieinwazyjny może działać na konektomikę mózgu.

## MYK NAUKOWY DOBRA KOMUNIKACJA



Co ciekawe, statystycznie lekarze z lepszymi umiejętnościami komunikacyjnymi nie tylko mają lepszą dokładność diagnostyczną, tj. potrafią lepiej zdiagnozować choroby afektywne, ale i lepiej odróżnić przypadek, w którym takiej choroby nie ma. Tacy medycy mogą poszczycić się również lepszymi wynikami leczenia i większą satysfakcją wśród pacjentów. Dobry warsztat psychiatryczny się opłaca!

ny afekt jest celem leczenia: zdrowi ludzie również bywają smutni, zdesperowani i przygnębieni, gdy muszą zapłacić mandat za piratowanie czterokołowcem po islandzkich drogach.

**2. Czy nie ma nowych przyczyn braku adherencji do leczenia?** Na przykład nowe efekty uboczne, zapominanie o braniu leków, problemy logistyczne z receptą, apteką, etc. Jest je stosunkowo łatwo rozwiązać przez odpowiednią dyskusję i pomoc w zdobyciu leków. Niejednokrotnie zdarza się, że recepta jest zabierana przez rodziców, krewnych lub lokalna apteka nie ma akurat takiego preparatu.

**3. Czy udział w terapii był adekwatny i czy terapeuta rzeczywiście administruje odpowiednią terapię?** Nawet najlepsi terapeuci mogą mieć problem z dotarciem do pacjenta osobiście („brak chemii”), co może sugerować zmianę profesjonalisty. Warto jest upewnić się, że terapia rzeczywiście przeprowadzana jest odpowiednio, np. nie ma kontaminacji CBT nadmiernym coachingiem czy terapią psychodynamiczną lub psychoanalityczną. Zapytaj pacjentkę o to, co robi z terapeutą i jak przebiega ich relacja.

**4. Czy da się coś zrobić z efektami ubocznymi?** Zbierz wywiad lekowy i zobacz, czy inny preparat (również ziołowy czy narkotykowy/dopalaczowy!) nie powoduje działań, o które oskarżony jest antydepresant. Nie kłóć się z chorą, która twierdzi, że ma efekt niewymieniony w receptariuszu. Jeśli go odczuwa, to znaczy, że tak jest i nie zdołasz jej wyperswadować relacji potliwości czy bólu brzucha z przyjmowaniem leku. Zamiast tego, postaraj się zmienić dawkowanie (np. obniżyć jeśli działania pozytywne są adekwatne), godziny przyjmowania (np. wieczorem, aby objawy nie były uciążliwe). Czasami można również spróbować terapii na same efekty uboczne, np. lepsza dieta na zatwardzenie.

**5. Czy można usprawnić terapię psychologiczną?** Zastanów się, czy chora nie miałaby lepszych korzyści z CBT (jeśli jest na innej terapii). Zmiany tylko leki ↔ tylko psychoterapia ↔ psychoterapia + leki (we wszystkie kierunki) są dopuszczalne i mogą pomóc.

**6. Czy można usprawnić farmakologię?** Odbywa się to przez: (1) zwiększenie dawki, (2) dodanie nowego leku, (3) zmianę leku na inny tej samej klasy, (4) innej klasy.

Zwiększanie dawki nie jest zalecane przez NICE, albowiem zmiana preparatu lub dodanie nowego są skuteczniejsze (NICE, 2015). Jednak jeśli istnieje obawa o nowe efekty uboczne lub problemy logistyczne, można tego spróbować. Dodanie nowego leku wiąże się ze zwiększonymi efektami ubocznymi i ryzykiem syndromu serotoninowego. Jeśli chora jest gotowa przyjąć na siebie to ryzyko, należy powołać i z uważną kontrolą dodać

nowy preparat. Nie ma różnicy między (3) i (4) (Souery et al., 2011), więc zmiana leku na inny powinna być dyktowana preferencjami pacjenta i efektami ubocznymi. Niemniej jednak różne leki z klasy SSRI czy SNRI mają inne okresy półtrwania więc warto jest skonsultować tabelę, np. z (Keks et al., 2016), aby dowiedzieć się na co trzeba uważać.

**7. Czy chory potrzebuje nowego leku dodatkowego, np. antypsychotyku lub stabilizatora nastroju?** Takie decyzje, tak samo jak w przypadku włączenia antydepresantów z grupy trójpierścieniowych, RIMA czy MAO-i warto jest konsultować ze specjalistą.

## CHIRURGIA

Zabiegi chirurgiczne są niezwykle skuteczną i bardzo dobrze przestudiowaną dziedziną leczenia. Niestety, ze względu na publiczną (a może i bardziej: lekarską) percepcję, zabiegi tego typu rezerwuje się zasadniczo dla ciężkich przypadków.

## TERAPIA ELEKTROKONWULSYJNA (ECT)

ECT polega na indukcji wyładowań elektrycznych w neuronach mózgu chorego. Nie jest bolesna, albowiem przeprowadza się ją w znieczuleniu ogólnym. Taki „reset” mózgu odbywa się zazwyczaj w klinikach zabiegu jednego dnia, a chory jest w stanie opuścić szpital po odpoczęciu od wykonanej procedury. Skuteczność ECT jest wręcz obywatelską; osoby, które miesiącami nie były w stanie jeść przez ciężką depresję i paraliż ruchowy, po wybudzeniu z narkozy proszą o kubek gorącej herbaty i tosta z dżemem truskawkowym. Wytyczne psychiatryczne uniwersalnie rekomendują ten zabieg w przypadkach ciężkiej depresji, zwłaszcza stuporu lub odmawiania jedzenia. ECT jest złotym standardem dla pacjentów, których remisja musi nastąpić szybko i natychmiastowo, aby przeciwdziałać zgubnym skutkom permanentnego uszkodzenia zdrowia lub śmierci (Abbott et al., 2013).

Około trzech na czterech pacjentów z paraliżem ruchowym, psychozą i ciężką depresją uzyska natychmiastową remisję wszystkich objawów i powrót do normalnego stanu zdrowia w ciągu 3 do 4 tygodni po zabiegu (Jaffe, 2002). Na skanach ich mózgowi odnaleźć można znormalizowaną konektomikę sieci podstawowej oraz płata przedczołowego (Wang et al., 2018). Wśród osób z ChAD, ECT oferuje trochę mniejszą, ale dalej całkiem pokazną skuteczność, zwłaszcza w przypadkach opornych na leczenie (ok. 53.2%) (Bailine et al., 2010; Versiani et al., 2011). Terapia oferuje również natychmiastowy efekt zmniejszenia śmiertelności o ok. 2/3 (w małych badaniach, Agarkar et al., 2018). Remisję ostrej manii w ChAD osiąga nawet do 80% przypadków (Loo et al., 2011), jednak są to studia niskiej jakości.

ECT warto stosować zatem w przypadkach opornych na leczenie pierwszego rzutu lub w wyjątkowo trudnych do poskromienia psychozach. Terapia działa również w depresji poporodowej (Grover et al., 2018; Rundgren et al., 2018) i podczas ciąży. Przeprowadzać ją można bez obawy o komplikacje położnicze czy ginekologiczne (Ward et al., 2018).

### POWTARZALNA STYMULACJA MAGNETYCZNA (RTMS)

rTMS polega na wysyłaniu fali magnetycznych w konkretnym miejscu mózgu (np. płacie przedczołowej) poprzez specjalne stymulatory magnetyczne, umieszczane na czaszce pacjenta. Jest to terapia bezbolesna i nie wymaga interwencji anestetycznych czy znieczulenia. Pole elektromagnetyczne powoduje depolaryzację (wystąpienie) neuronów, na które jest nacelowane. Używanie częstotliwości  $>1$  Hz powoduje podniecenie neuronów,  $\leq 1$  Hz ich wyciszenie. Niestety obecne badania na efektywność rTMS w depresji unipolarnej są niskiej jakości u  $N=6305$  pacjentów odnotowano znaczną korzystną odpowiedź kliniczną, ale nie były to badania, które zapewniłyby odpowiednią kontrolę czy obiektywną ocenę zysków (Hovington et al., 2013). W metaanalizie badań kontrolowanych w ChAD i depresji unipolarnej, wysokofrekwencyjny rTMS usprawnił klinicznie ChAD o  $+152\%$  [ $+289\%$ ,  $+162\%$ ]  $N=1403$ , podobne wyniki miały niskofrekwencyjny rTMS i bezpośredni TMS (Mutz et al., 2018).

### TERAPIA WSTRZĄSÓW MAGNETYCZNYCH (MST)

MST działa na podobnej zasadzie jak ECT, tylko zamiast prądu elektrycznego stosuje się stymulację magnetyczną. Badania RCT pokazują, że ma porównywalną skuteczność w wyładowaniu neuronów jak ECT, z mniejszymi powikłaniami kognitywnymi i efektami ubocznymi (Soehle et al., 2014). Całkowitą remisję osiąga się w ok. 30-40% przypadków, zarówno w depresji unipolarnej jak i depresyjnym epizodzie ChAD (Cretaz et al., 2015).

### STYMULACJA PRĄDEM STAŁYM (tDCS)

tDCS również opiera się na nieinwazyjnej stymulacji mózgu poprzez przeprowadzenie małych natężeń prądu stałego (1-2mA). Celem jest zmiana progów, po którym neurony zaczynają się odblokowywać. Badania na temat tDCS są bardzo szczątkowe, ale mówi się o zmniejszeniu objawów o ok. 29% [ $14.6\%$ ,  $60\%$ ] i szansie na remisję w wysokości 8.5% [ $0\%$ ,  $23.8\%$ ] (Kalu et al., 2012). Głównie badania skupiają się na depresji unipolarnej. Brak jest solidnych doniesień na temat leczenia ChAD.

### STYMULACJA NERWU BŁĘDNEGO (VNS)

VNS to rodzaj zabiegu neurochirurgicznego, który polega na stymulacji nerwu błędnego. Zazwyczaj robi się to nieinwazyjnie, poprzez przytwierdzenie elektrody za uchem i poprowadzenie jej po szyi, tam, gdzie przebiega dziesiąty nerw czaszkowy (CN X). Terapia ta polega na stymulacji CN X, aby ten wysyłał poprawne informacje do reszty sieci mózgowych (Ryc.2). Tej samej metody komunikacji używają inne systemy w organizmie człowieka, np. mikrobiom, który komunikuje się przez żołądek i jelita (Brzezicki & Ostrowski, 2019). Dotychczasowe badania nie były kontrolowane placebo, ale w depresji opornej na leczenie uzyskano wyniki rzędu 79% remisji po dwóch latach (Dell'Osso et al., 2013; Sackeim et al., 2007). Niestety badania VNS bardzo rzadko są powtarzane.

### GŁĘBOKA STYMULACJA MÓZGU (DBS)

DBS to inwazyjny zabieg neurochirurgiczny, polegający na umieszczeniu elektrody w głębokich strukturach mózgu. Następnie elektroda ta jest aktywowana przez baterię stymulatora, umieszczonego pod obojczykiem pacjenta. W chorobach afektywnych stymuluje się części układu limbicznego, np. *subcallosal cingulate*. DBS stosuje się również na *nucleus accumbens*, *anterior cingulate cortex* oraz *anterior limb of internal capsule* (Gippert et al., 2017). DBS może poszczycić się długotrwałą skutecznością w leczeniu depresji unipolarnej i ChAD (niestety w badaniach niekontrolowanych), z 24-miesięczną remisją w 58% i odpowiedzią kliniczną w 92% przypadków chorych opornych na leczenie (Holtzheimer et al., 2012). Warto zauważyć, że wszyscy pacjenci otrzymują *jakąś* korzyść z leczenia DBS (Schlaepfer et al., 2013); nie każda jest jednak na tyle wysoka, aby uzasadnić tak drastyczną interwencję. Po 8 latach w  $N=28$  pacjentów uzyskano odpowiedź w ponad połowie i remisję w ponad 30% (Crowell et al., 2019).

### PROGNOZA

Zaburzenia afektywne to jedno z najcięższych i najbardziej śmiertelnych chorób znanych człowiekowi (Baldessarini et al., 2020). Atakują one zazwyczaj młodych ludzi na szczycie ich rozwoju społecznego, rodzinnego i naukowego. Ograniczenia, które powodują mają olbrzymi wpływ na straty materialne dla społeczeństwa i dla samych chorych wraz z rodzinami i znajomymi. Śmiertelność osób z ChAD wynosi do trzydziestokrotności zwykłego ryzyka populacyjnego. Większość chorych będzie miała na koncie przynajmniej jedną próbę samobójczą; co piąta będzie skuteczna (ogólna meta-analiza, badanie na  $N=75137$  z 34 badań, (Schaffer et al., 2015).

Czynniki ryzyka w ChAD są dość zróżnicowane



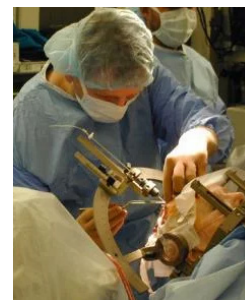
Urządzenie transmagnetycznej stymulacji mózgu (TMS) wysyła sygnały pola elektromagnetycznego w celu pobudzenia lub wyciszenia neuronów.



Terapia wstrząsów magnetycznych (MST) polega na indukowaniu wyładowania neuronów, podobnie jak ECT.

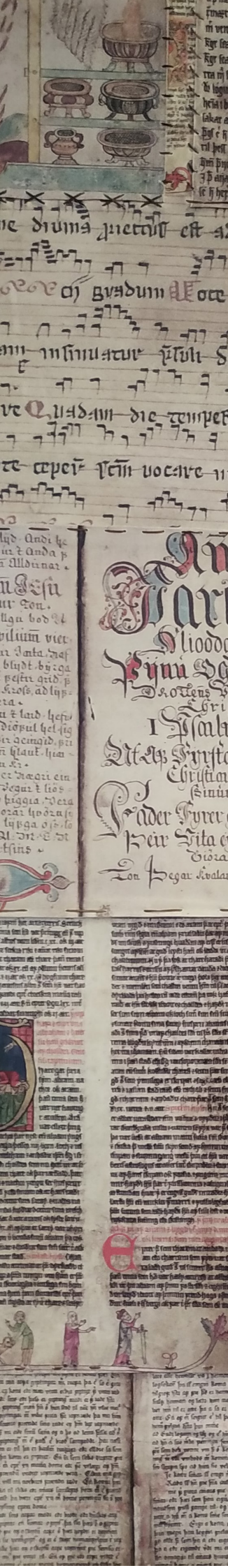


Stymulacja prądem stałym o niskim natężeniu (tDC) zmienia próg wyładowania neuronów w mózgu.



Neurochirurg przeprowadza operację umieszczenia stymulatora DBS w mózgu w uprzednio odmierzonej ramce, według współrzędnych podanych w procesie obrazowania. Stymulator z baterią umieszcza się pod obojczykiem.





## SAGI ISLANDCZYKÓW

Na kartach średniowiecznych Sag Islandczyków kryją się historie o najstarszych wyprawach wikingów. Leifur Erikson był pierwszym Europejczykiem, który stanął na wybrzeżu Ameryki. Jego wyprawa miała za zadanie odkrycie tajemniczego lądu, który zobaczył jego ojciec, Eryk Czerwony. Podczas swojej wyprawy z Islandii do Wschodniej Osady na Grenlandii, sztorm zwiął łódzie Eryka na nieznaną wodę. Gdy pogoda uspokoiła się, wiking zauważył, zieloną krainę. Spozobrzę jednak, że słońce jest za wysoko, co oznaczało, że do Grenlandii musi płynąć na północ. Leifur po latach odnalazł ten szlak i nazwał nowoodkrytą ziemię Winlandią, tj. krainą winogron, od rzekomo rosnących tam dziko winnych krzewów. Łagodniejszy klimat z pewnością sprzyjał takim eskapadom.

wane. Kobiety mają o połowę większą szansę na próbę zabicia się, ale to męska płęć (zwłaszcza z historią rodzinną samobójstwa – genetyka) jest czynnikiem ryzyka do popełnienia samobójstwa w sposób skuteczny. Współzachorowalność na zaburzenia lękowe, uzależnienia, użycie substancji psychoaktywnych lub alkoholu są również związane z próbami samobójczymi, ale nie ze zwiększonym ryzykiem śmierci. Rzadsze odmiany ChAD mogą mieć jeszcze bardziej tragiczną prognozę. Na przykład posiadanie elementów depresji psychotycznej zwiększa szansę zgonu dwukrotnie wobec i tak już wysokiego ryzyka śmierci (Gournellis et al., 2018). Niektórzy bazują indywidualne ryzyko zgonu na podstawie danych biologicznych lub obrazowania rezonansu magnetycznego (Fan et al., 2019; Johnston et al., 2017).

Podobnie kiepsko wygląda prognoza mam z psychozą poporodową. Kobiety z jakąkolwiek diagnozą psychiatryczną związaną z porodem mają ponad trzykrotną szansę na samobójstwo, w porównaniu z kobietami, które nie raportują żadnych obciążeń psychicznych (Johannsen et al., 2016). Niektóre mamy przed zabiciem się mordują również swoje dziecko (16-29% matek zabijających swoje dzieci) (Friedman et al., 2005). Dzieciobójstwo w psychozie może również nastąpić poprzez brak opieki, znęcanie się, zmuszenie partnera do zabójstwa lub bezpośrednie dokonanie czynu pod wpływem halucynacji głosów nakazujących. Nie ma niestety danych mierzających jak szerokie jest to zjawisko (Pearlstein et al., 2009). Depresja poporodowa paradoksalnie pokazuje siłę postępu ginekologii i położnictwa. W Zjednoczonym Królestwie, powikłania poporodowe są już tak rzadkie, że samobójstwo stanowi najczęstszą przyczynę śmierci matki (i nierządka dziecka!) w tym okresie (Florio et al., 2013).

Depresja unipolarna jest mniej śmiertelną chorobą, za to bardziej wyniszczającą w przewlekłym przebiegu (Gilman et al., 2017). Na szczęście leczona choroba zazwyczaj ustąpi po ok. 2-3 miesiącach. Znakomita większość chorych osiągnie sukces terapeutyczny, chociaż nawroty są częste: ponad połowa chorych będzie cierpieła na przynajmniej jeden ponowny epizod depresyjny w swoim życiu (Castle et al., 2013; Gelder et al., 2012).

Warto zauważyć, że depresja unipolarna powoduje dwukrotnie większą szansę na zachorowa-

nie na chorobę Alzheimera (Ownby et al., 2006). Oznacza to, że odpowiednie leczenie afektu to jedna z najskuteczniejszych metod przeciwdziałania demencji w praktyce lekarza rodzinnego.

*Rano patrzę na swoją twarz w lustrze  
Mówię sobie sam „masz dar, skup się”*

*Weź się w garść i każdego dnia  
Pracuj na ten plon, który zbierzesz pojutrze*

*Niewiele osiągniesz w sekundę  
W tyle gasną ci, co sprzedają skórę  
Przestań się dziwić, że masz ciągle pod górkę  
Skoro się pchasz na samą górę*

*Chcesz umrzeć? To możesz zawsze  
Ale jaki to ma sens, skoro  
Pewnego dnia to cię i tak dopadnie  
To jest poza twoją kontrolą*

– Zeus, Świt



# HIPOTERMIA

## AKUREYRI, PÓŁNOCNA ISLANDIA

### Arktyczne Lotnicze Pogotowie Ratunkowe

*Justyna jest już stabilna i przebywa na oddziale szpitala w Akureyri. Dalej nie wiadomo na jaką chorobę cierpi i w jaki sposób można jej pomóc i usprawnić jej jakość życia. Same antydepresanty nie wydają się być dobrym pomysłem. Czy uda ci się poprawnie ustalić diagnozę i zaordynować leczenie, które jej pomoże wyjść ze szpitala?*

**S**yndrom serotoninowy zazwyczaj pojawia się po zmianie dawkowania lub dodaniu nowego preparatu antydepresyjnego. Może on mieć różne stadia, od zupełnie łagodnego przebiegu do śmierci. Około 7300 przypadków diagnozuje się w Stanach Zjednoczonych każdego roku, z czego ok. setka nie wychodzi z niego żywo (MedScape, 2019). Głównymi objawami syndromu są: (1) zmiana stanu umysłu (podenerwowanie, ekscytacja, zdezorientowanie lub śpiączka), (2) zmiana pobudzenia mięśni (zwiększony ton, nadpobudliwość odruchów, drżenie lub sztywność) oraz (3) niestabilność autonomiczna (gorączka, szybkie oddychanie oraz bicie serca, rozszerzenie źrenic, potliwość). Leczenie polega na zatrzymaniu czynnika spustowego (tu: leków SSRI), podaniu benzodiazepin lub innych antidotów, jeśli jest to wskazane, ochłodzenie a następnie monitoring na oddziale anaestezjologii i intensywnej terapii. Ważnymi chorobami do wykluczenia są tutaj wspomniany w rozdziale o PPD złośliwy zespół neuroleptyczny (NMS), złośliwa hipertermia oraz toksyczność innych leków. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, uraz ośrodkowego układu nerwowego czy encefalopatia również mogą się podobnie prezentować.

Po ustabilizowaniu pacjentki przechodzimy do dalszego rozpoznania różnicowego oraz diagnostyki wśród chorób afektywnych. Co spowodowało syndrom serotoninowy? Czy była to próba samobójcza? **Warto zacząć od ustalenia:**

1. Ryzyka samobójstwa i samookaleczenia (patrz: rozdział o samobójstwach)
2. Ryzyka dla siebie i innych wynikających z: użycia alkoholu i substancji psychoaktywnych, zaburzeń lękowych, jedzenia, psychotycznych, demencji.
3. Tempa rozwoju objawów: nagła próba samobójcza vs. niedawna utrata kogoś bliskiego, kłótnia czy długotrwałe zmaganie się ze skomplikowanymi objawami.
4. Innych skojarzonych wydarzeń: stres, problemy zawodowe i finansowe, trudne warunki mieszkaniowe, rodzinne, strata kogoś bliskiego, źródła ewentualnego wsparcia oraz poparzenie doświad-

czenia z chorobami afektywnymi w życiu chorej i jej rodziny. Zasady rozmowy z chorą pozostają podobne do innych nagłych przypadłości neurologicznych.

### JAK SKUTECZNIE ZNISZCZYĆ WYSIŁKI DIAGNOSTYCZNE?

#### 1. Oferuj swoją opinię: opisz co TY byś zrobiła i jak TY byś rozwiązała dany problem:

„Mój mąż wykorzystuje mnie finansowo, często boję się wracać do domu kiedy bywa agresywny”; „Jak ty możesz z nim mieszkać? Przecież ja bym sobie na coś takiego nie pozwoliła... Nie możesz po prostu go zostawić?” Przy tym warto zauważyć, że **przemoc domowa najczęściej eskaluje się (nawet do morderstwa!) gdy osoba nękana postanawia opuścić dom.**

„Wiem, co musisz przeżywać. Ja też byłam w toksycznym związku, ale go zostawiłam i mam już spokój”

Nigdy nie próbuj: „To musi być bardzo ciężkie dla ciebie / bardzo stresujące.” „Nawet nie wyobrażam sobie jak bardzo musisz to przeżywać” – to tylko wzbudzi niepotrzebne współczucie.

#### Nie wolno tego mylić z normalizacją:

„Martwię się, że coś się ze mną dzieje! Tabletki przestają działać, bo od jesieni mi odbija!!!”

„Widzę, że cię to dość niepokoi, ale niepotrzebnie. Zmiany pór roku powodują wytrącenie zegara biologicznego z równowagi. Wielu ludzi się na to skarży, sam mam z tym czasami problemy! To niekoniecznie przez to, że tabletki przestały działać. Możemy porozmawiać, co zrobić, żeby temu przeciwdziałać...”

lub

„Przez weekend zjadłam pół litra lodów a potem cały dzień przesiedziałam w łóżku. Czy to normalne?!”

„Oczywiście, zmęczenie po pracy czy ochota na zjedzenie czegoś dobrego (nawet w dużych ilościach) to nie powód, by twierdzić, że włączyła ci się mania... samemu zjadam

### MYK NAUKOWY CZY TO NMS?

Różnicowanie zespołu serotoninowego vs. NMS nie jest łatwe. Zazwyczaj NMS przejawia się powoli (dni), a syndrom serotoninowy szybko (w ciągu 24 godzin). Delirium czy podenerwowanie (objawy globalne) oraz zwiększone napięcie i odruchy kończyn to domena serotoninowej, neurologiczne problemy lokalne jak np. trudności z połykaniem czy nietrzymanie moczu zdarzają się częściej w NMS. NMS ma również dużo objawów pozapiramidowych i zwiększoną kinazę kreatyninową przy rozkładzie mięśni (wraz z urazmi nerki). Oczywiście w przypadku mieszanki leków, odróżnienie syndromów jest wyjątkowo trudne.

### MYK NAUKOWY EPIDEMIOLOGIA

Według badania EZOP w 2012 roku, u 3% mieszkańców Polski w wieku produkcyjnym stwierdzono przynajmniej jeden epizod depresyjny. Szczególnie zwiększone ogniska chorób afektywnych obserwuje się wśród osób starszych (powyżej 50 roku życia) oraz u dzieci i młodzieży w wieku 6-12 lat. Użycie świadczeń zdrowotnych w tym zakresie rośnie rokrocznie (EZOP, 2012).

## MYK KLINICZNY PÓŁ TONU CISZEJ



Niektóre osoby z depresją cierpią na hiperakustykę, tj. nadwrażliwość na dźwięki. Mówią dość cicho, aby nie bolały ich uszy; postaraj się przejść na podobne tony i wycisz możliwe źródła hałasu, aby pomóc im wytrzymać rozmowę.

*czasami ćwierć kilograma jagodowo-malinowych żelek z Islandii. Trzeba jedynie uważać, żeby nie zdarzało się to za często”*

Normalizacja jest oczywiście zła: pomaga ona osobie chorej (lub zdrowej) nie czuć się odosobnioną oraz uspokaja ją, a na to przecież nie możemy sobie pozwolić!

**2. Stosuj dużą liczbę znanych zwrotów – osoba chora na pewno ich nigdy nie usłyszała. Na pewno każdą chorobę rozwiążą porady takie jak:**

*„A nie możesz się po prostu więcej uśmiechać?”*

*„Weź pobiegaj trochę, poruszaj się, spal trochę te kalorie z obiadu to od razu ci lepiej będzie!”*

*„Możesz po prostu przestać się nad sobą użalać? Weź się w garść!”*

*„Nie możesz po prostu się uspokoić i przestać tak wydawać pieniądze?”*

**3. Używaj zwrotów nienaturalnych i wyuczonych z tej książki. Zapamiętaj je solennie a następnie replikuj bez zmiany i naturalizacji.** Nie chcesz przecież, aby chory zobaczył, że naprawdę się nim przejmujesz. Powstrzymaj swoje naturalne reakcje przejścia się czy emocji. Jeśli usłyszysz smutną historię, nie wolno ci uronić łzy czy przejąć się jak człowiek!

**4. Ignoruj historie i wywracaj oczami, gdy pacjent podaje ci informacje, które nie są użyteczne do diagnozy.** Nie staraj się poznawać rzeczy, które są dla niego ważne jak imię psa, problemy na studiach córki czy to, czym osoba zajmuje się zawodowo. Jeśli nie wiesz co odpowiedzieć, zignoruj chorego i przejdź do następnego pytania.

**5. Zatrzymuj płacz za wszelką cenę.** O nie. Chora zaczęła płakać! Znaczy, że coś złego zrobiłeś lub będzie się teraz mazać przez kilka minut. A ty już chciałeś zrobić kartę zleceń i iść na obiad. Eh, postaraj się ją przeprosić, rozweselić, jakoś zatrzymać ten płacz i iść dalej. Uwolnienie emocji przecież nie jest terapeutyczne! To samo tyczy się osób z ciężką depresją, którzy cierpią na zaawansowane porażenie ruchowe. Popędzaj ich, niecierpliw się i staraj się, żeby się trochę „rozruszali”. Ty w końcu masz tyle rzeczy na głowie!

To samo stosuje się do pacjentów z manią. Oni non stop gadają i gadają, bez przerwy zasypując się informacjami. Przerywaj im, nie słuchaj, pokaż, kto tu ma władzę. Jeśli maniak zechce podjąć z tobą grę, tym lepiej! Usadź go od razu do kąta i pokażesz gdzie jego miejsce. Jak radzić sobie z potokiem słów? Mógłbyś użyć mniej zabawnych i beznadziejnych sposobów np.:

*„I nagle jak grom z jasnego nieba stałem się*

*wszechmocny, pomocny, owocny, dobroczynny! [natłok myśli, neologizmy] wszyscy patrzyli na mnie jak zstępowałem z chmury na Mont Blanc i przyszedłem ocalić naród nasz przed zagładą”*

*„Mogłeś ocalić nas przed zagładą?”*  
[przejmuję kontrolę, słucham, ale kieruję na inny tor]

*„Tak, przed wielkim olbrzymem, który nadchodzi i kryzysem, który tylko ja mogę wyleczyć?”* [urojenia]

*„Widziałeś tego olbrzyma?”* [kontrola, klaryfikacja]

*„Tak! Pojawia się przede mną i mówi do mnie co mam robić, żeby go powstrzymać. Daje mi zagadki, które tylko ja mogę rozwiązać!”* [urojenia, halucynacje]

*„Tylko ty? I nikt inny?”* [klaryfikacja urojeń]

*„Tak! Nie ma nikogo kto byłby posłannikiem niebios na nasz kraj!”*

*„A kiedy się to zaczęło?”* [czas]

*„Jakiś trzy tygodnie temu, gdy zacząłem widzieć moje wyniki finansowe za poprzedni kwartał. Wiedziałem, że to znak! Olbrzym pojawił się zaraz potem”*

**6. Przeprowadzaj logiczne i emocjonalne debaty. Zwłaszcza z pacjentami, którzy mają urojenia.**

*„Jestem brzydka, nie nadaję się do niczego i nie umiem bronić swoich klientów w sądzie”*

*„Ale przecież jesteś najlepszą adwokatką, jeszcze zarabiasz tyle pieniędzy, to chyba masz powody, żeby być szczęśliwa!?”*

lub

*„Jestem beznadziejnym chłopakiem, nie powinienem żyć i powodować ci toksycznego życia”*

*„No chyba gdybyś był taki beznadziejny to bym z tobą nie była!?”*

Nie pytaj się „dlaczego” ktoś tak się czuje czy jakie ma ku temu powody. Nie wspieraj go w tym. Co się to interesuje?! Przecież nie ma racji!

**7. Wchodź z pacjentem w jego perfidne gry. Na pewno go ograsz!** Maniakalni i hipomaniakalni pacjenci potrafią być wyjątkowo zarujący. Ale ty się nie dasz takiemu amantowi!

*„No... jakbym wiedział, że tu takie psychołóżki pracują to bym częściej przychodził!”*

*„Nie tak szybko! Z takim sweterkiem to daleko nie zajedziesz!”*

*„Zajechać mogę moim Ferrari, po ciebie*

## MYK KLINICZNY PANIE MÓJ ŁASKAWY



Osoby z manią bardzo często mają wysokie mniemanie o sobie. Przebywanie w szpitalu lub powolna rozmowa ze spokojnym lekarzem szybko im się znudzi.

Warto jest poruszyć to w rozmowie: *„Nie chce mi się znowu gadać o tym incydencie z włamaniem się na komputery Kremla. Potrafię tak robić codziennie i Trump już dzwonił do mnie z prośbą o kody do głowic jądrowych więc czemu niby mam cię słuchać?”*

**Odpowiedz:** *„Przepraszam, wiem, że brzmię trochę infantylnie i powoli rejestruję co do mnie mówisz... Mógłbyś mi wyjaśnić czemu Trump chce od ciebie kody do głowic, bo nie do końca to rozumiem.”*

*dzisiaj wieczorem, dasz mi adres? (chwytając za kolano)*

*„(chwytając za rękę) Jak tak dalej pójdzie to umówimy sobie randkę... na posterunku policji!”*

Takie rozmowy rodem z sekcji memów cringe są na pewno skuteczne. Przecież stawianie granic to przeżytek, wystarczy tylko spojrzeć na ten okropny przykład:

*„No... jakbym wiedział, że tu takie psycholożki pracują to bym częściej przychodził!”*

*„Hm. (zimny wzrok, odsunięcie się na krzesło) Dzień dobry, Panie Iksiński. Co mogę dzisiaj dla Pana zrobić? (chłodnym tonem; pierwsze ostrzeżenie)”*

*„No nie wiem, zależy jak nisko dasz radę zejść... (chwytając za kolano)”*

*„(odsuwając się) Panie Iksiński. Proszę mnie nie dotykać. To nie jest profesjonalne. Chcę Panu pomóc, ale musi Pan szanować pewne zasady.”*

*„Ale ja tylko chciałem (testując na ile może sobie pozwolić)... (chwytając znowu)”*

*„(odsuwając się) Nie chcę żeby ta wizyta tak przebiegała. Jeszcze raz Pan mnie dotknie to zakończymy konsultację. OK?”*

*„OK. No to na czym skończyliśmy... ach tak, schodzenie na dół... (chwytając)”*

*„Panie Iksiński. Dałam Panu wyraźną szansę. Taka była nasza umowa, a Pan ją złamał. Zakończę teraz konsultację; moja sekretarka może Pana umówić na inny termin.”*

*„Ale no co, na żartach się Pani nie zna? Będę grzeczny, obiecuję!”*

*„Nie. Proszę zgłosić się do sekretariatu po nowy termin.”*

Dla potrzeb lekarsko-prawniczych warto jest udokumentować każde takie zdarzenie.

**8. Przyjmij wycieczki personalne do siebie.** Nie nawidź tego pacjenta, narzekaj na niego i przenoś swój gniew. Przecież to jego wina! To prawie jak te brudne dzieciaki z SORu, które non stop rzygają lub dziady paliatywne z gastro, które odbierają smak życia swoimi nadętymi bebeczami.

Jeśli jednak chcesz diagnozować pacjentów w sposób profesjonalny oto przydatne pytania w rozpoznaniu różnicowym:

### Triduum depresyjne

(1) Anergia: „Czy masz wystarczająco energii, aby wykonać podstawowe obowiązki domowe? Pracę?”

*„Jak twoja energia wpływa na twoje życie codzienne, opiekę nad dziećmi, chorym rodzicem?” „Co powiesz mi o swoim poziomie energii? Co sprawia, że możesz naładować baterie”- cokolwiek? Jak wygląda to w ciągu dnia? W depresji chora nie będzie potrafiła znaleźć szczęścia, wystąpi przygaszenie, w manii zwiększenie napędu, rozpieranie energią, przeładowane baterie.*

(2) Anhedonia: „Co sprawia, że odczuwasz szczęście?” „Czy jesteś w stanie odczuwać radość z rzeczy, które normalnie sprawiają ci szczęście?” „Czy straciłeś zainteresowania/hobby/rzeczy, które sprawiają Ci radość się zmieniły? W manii zaobserwujesz podniesiony nastrój, cieszenie się ze wszystkiego, wyrobienie sobie nowych hobby, nowych zainteresowań, często ekstremalnych. W depresji sytuację odwrotną.

(3) Niski afekt: „Jak się czujesz?” „Czy czujesz się smutny / łatwo płaczesz / czujesz się rozregulowany emocjonalnie?” „Czy zależy to od pory dnia czy pory roku?” (wariacje dobowe, roczne, sezonowe), „Od kiedy tak się dzieje? Czy coś stało się wtedy? (?zaburzenia adaptacyjne, ?reakcja na stres) W manii afekt będzie podniesiony, inny niż zwykle, zupełnie niereaktywny na bodźce zewnętrzne, np. chory może cieszyć się i imprezować po utracie bliskiej osoby. W depresji występuje klasycznie obniżony afekt.

### Następnie objawy biologiczne:

(1) „Opowiedz mi o swoim śnie” – zaburzenia snu lub pierwotne choroby snu mogą być przyczyną zaburzeń afektywnych. Do tego rozpoznaj, czy mamy do czynienia z pierwotną insomnią, tj. problem z zasypianiem czy wtórną, np. budzenie się w nocy i problem z ponownym pójściem spać lub ze wczesnym budzeniem się (charakterystyczne dla depresji). W manii zaś nastąpi brak snu i zmniejszona potrzeba snu.

(2) „Opowiedz mi jak wyglądają twoje poziomy skupienia?” – skupienie, irytacja „Jak ci idzie w szkole / w pracy / na uczelni” – pamięć, uwaga oraz zaburzenia kognitywne mogą mieć swoje odzwierciedlenie w tym, co się dzieje w życiu zawodowym, „Masz problemy z koncentracją?” „Zapominasz różnych rzeczy czy masz problemy z pamięcią?” Podobne objawy mogą występować w manii, jedynie z powodu rozkojarzenia i natłoku myśli.

(3) „Jak wygląda twój apetyt? Zauważyłaś zmiany w żywieniu?” – różnicowanie z zaburzeniami żywienia, identyfikacja groźnych objawów np. odmowy jedzenia w depresji, można również zapytać o zmiany w wadze lub zaobserwować zmiany w rozmiarówce ubrań lub „wiszącej skórce”

(4) Większość osób nie wypowie się na temat swojego życia seksualnego. Zarówno choroby

### MYK KLINICZNY NIE MAM SIŁY



Motywacja to niestety bardzo ograniczone i wyczerpywalne źródło energii. Osoby, które osiągnęły sukces i sumiennie wykonują swoją pracę nie robią tego, bo mają więcej motywacji. Robią to, bo potrafią pracować i osiągać swoje cele *bez motywacji*. To samo dotyczy się ulotnych pojęć takich jak „inspiracja” lub „siła” do zrobienia czegoś. Nawet najwięksi pisarze, sportowcy i uczeni mówią, że 90% czasu po prostu robią swoje, mimo tego, że zwyczajnie im się „nie chce”. Gdyby mieli czekać na ten magiczny moment, kiedy otrzymają węgę, po prostu nigdy by niczego nie napisali...



## MYK KLINICZNY ŚWIETNE ŻYCIE



Nie myśl, że osoby w manii mają cudowne życie i chcą wydawać pieniądze, jeździć drogami samochodami, żyć ponad stan i krzywdzić innych ludzi. Czasami po prostu nie mogą panować nad sobą, co sprawia, że są przerażeni, źli, smutni i obwiniają się za to wszystko, nienawidzą siebie głęboko pod skorupą podniesionego afektu.

*„I never let my self-hatred destroy my confidence”*

Nigdy nie daję mojej nienawiści do siebie okazji, aby zniszczyć moją pewność siebie.

afektywne, jak i leki antydepresyjne mogą spowodować obniżenie libido. Zapytaj więc wprost (+ normalizacja): „Wiele osób skarży się na problemy z erekcją lub problemy w życiu seksualnym. Czy jest to coś, o czym chciałbyś porozmawiać?”. Osoby w epizodzie maniakalnym potrafią współżyć z wieloma partnerami, mieć przesadnie dobre pojęcie o sobie i nie mieć zahamować seksualnych.

Warto zwrócić uwagę, że pytania te są nakierowane na pozytywne rozwiązania, tj. zmuszają osobę chorą do wypowiedzenia się o działających lub „normalnych” elementach jej życia. Dla przykładu:

„Co sprawia, że możesz naładować baterie”

„Hmm... [chce pomóc lekarzowi] może weekend, wyjazd nad jezioro... ale nie mam okazji do tego.” -> potencjalne budulce do przyszłej terapii

vs. „Czy czujesz się zmęczona cały czas?”

„Hmm... [chce pomóc lekarzowi] tak, można tak powiedzieć. Non stop mi się czegoś nie chce” -> brak rozwiązania.

Potem skларыfikuj czas objawów (od kiedy to się zaczęło, ile trwa) oraz wykonaj krótki przesiew zmian: „Powiedziałaś mi że masz okresy niskiej energii, złego samopoczucia; czy masz okresy zupełnie odwrotne, kiedy rozpięra cię energia i czujesz się aż przecudownie?”

### Halucynacje

„Czy widziałeś, słyszałeś albo czuleś rzeczy, których tam naprawdę nie było / których inni ludzie nie widzieli/słyszeli/czuli?” Odnosi się to zarówno do psychozy depresyjnej jak i maniakalnej.

### Urojenia

(1) Nihilistyczne – „Czy uważasz, że jest coś lub ktoś kto mógłby pomóc ci wybrnąć z tej sytuacji” „Nie. Nic nie ma sensu. Moje ciało niknie. Nie chcę jeść, bo jestem przekonany, że moje organy już zgniły i nie mogą funkcjonować” „A próbowałeś ich użyć, np. zjeść coś?” „Nie. Nie będę tego robił bo są na pewno nicością” (oporność na weryfikację)

(2) Obwiniania się i braku wartości – „Czy uważasz, że jesteś winny temu co się dzieje?” „Tak, te choroby to kara dla mnie za bycie toksycznym człowiekiem” „A myślałeś, że to trochę zbyt drastyczne podejście? Są ludzie, którzy pewnie cię cenią” „Nie. Jestem bezwartościową kupą mięsa, którą lepiej byłoby przerobić na konserwy lub wrzucić do maszyny mielącej cement. Nie mogę się doczekać aż umrę”. W manii mogą pojawić się odwrotne: urojenia posłannictwa, misyjne, wielkościowe.

(3) Beznadziejności – „Nie ma już dla mnie nadziei. Nie chcę już jeść. Przestanę dbać o siebie i

pocekam aż przyjdzie śmierć. Albo ją przyspieszę.”

(4) Wrogości innych ludzi – „Czy uważasz, że inni ludzie źle ci życzą?” „Czy myślisz, że inni ludzie robią ci złe rzeczy lub myślą o tobie źle? Dlaczego?” W manii można spotkać wrogość wobec innych ludzi wynikającą z rozkojarzenia, impulsywności, braku zahamowani czy cierpliwości.

(5) Dekadenckie i przewartościowania złego – mała pomyłka przy wydawaniu reszty może prowadzić do nadmiernego obwiniania się i poczucia potrzeby kary, podobnie do złych wydarzeń: „Kupiłem sobie rower i przebiła się opona. To znak kary od Boga, że nie powinienem sobie sprawiać przyjemności i nie powinienem jeździć na wycieczki. Teraz na pewno mi go ukradną. Zasluguję na to, bo wybrałem coś dobrego dla siebie. Zasluguję na to żeby mi autobus dwie nogi złamał...”

(6) Ukrytych chorób: dobrym przykładem są ludzie, którzy mieli podejrzenie nowotworu, który później okazał się łagodny – „Na pewno mam tego raka, tylko rodzina mi nie mówi, lekarze mnie okłamują, ukrywają przede mną prawdę, ja wierzę, że ten rak tam jest i przerzuca się ciągle między organami. Mało mi już zostało życia więc to może ja go zakończyć, nie ten rak!”

(7) Biedy i kradzieży: przecucie, że ma się mało pieniędzy lub że ktoś osobę chorą oszukał w interesach (oczywiście wobec braku obiektywnych dowodów na puste konto i porażki finansowe!) „Mam ciągle mało pieniędzy, rodzina mnie okrada, oszukali mnie w sklepie” powiązane z dziwnym zachowaniem, np. ukrywaniem gotówki pod łóżkiem w szpitalu, braniem większych ilości towarów i „chomikowaniem” ich w różnych miejscach, klóceniem się z rodziną: „tato, ale po co ci teraz drobne, idziesz przecież na operację za dwie godziny, jak wrócisz to może ci kupimy coś?” „NIE! Ja chcę moje pieniądze. Dajcie mi teraz” „Ale nie masz jak ich schować w tej piżamie... kupimy ci to, czego potrzebujesz” „Teraz! [moja rodzina próbuje mnie okłamać, okradają mnie, nie mam pieniędzy więc muszę je schować]”.

(8) Persekucyjne: ktoś mnie goni, chce mnie ukarać, zniszczy mnie (+ ale to dobrze, bo i tak chcę umrzeć, dobrze żeby mnie usunął z powierzchni ziemi). Takie urojenia mogą współwystępować z halucynacjami rzeczywistych ludzi, którzy ścigają chorego, a nawet atakują i sprawiają (realny!) ból przez halucynacje uczucia.

### Następnie określ szczegóły:

Na przykład w ryzyku dla siebie: jedzenie, finanse, samookaleczenie, wykorzystanie przez innych, niebezpieczne i lekkomyślne zachowanie, brak dbania o siebie. W ryzyku dla otoczenia: brak zahamowania, impulsywność, nieprzyjemność, które mogą prowadzić do rozpadu związków, ro-

dziny, brak zajmowania się dziećmi, innymi osobami, dla których chory jest opiekunem, kryzysy finansowe, społeczne, zawodowe, wyrzucenie z pracy, ze studiów. A także: poprzednie obciążenia psychiatryczne (inne rozpoznania różnicowe), użycie substancji psychoaktywnych oraz ich częstota (patrz: rozdział o uzależnieniach), kłopoty z prawem, policją, sankcje sądowe, rodzinne.

### ROZPOZNIANIA RÓŻNICOWE

Udało ci się zebrać wywiad, teraz należy wykluczyć szereg innych przypadłości komplikujących obraz. Na początku warto jest zaordynować szereg badań krwi, które mogą ujawnić łatwą do korekty przyczynę zaburzeń afektywnych.

### BADANIA LABORATORYJNE

- Morfologia – anaemia może powodować depresję, obraz makrocytowy chorobę alkoholową (delirium, zaburzenia picia alkoholu w ChAD, samoleczenie depresji) lub deficyt witaminy B12.
- Funkcje tarczycy – niedoczynność (zwłaszcza subkliniczna!) może powodować duże zmiany afektywne negatywne (obniżony nastrój, anaergię, anhedonię), nadczynność – pozytywne (podenerwowanie, trzęsienie, niemożność usiedzenia na miejscu).
- Witamina B12 / kwas foliowy – mogą być związaniem chorób afektywnych, warto suplementować nawet jeśli nie są główną przyczyną!
- Glukoza / Hb1AC – ospałość, szybkie męczenie się i obniżony nastrój mogą być objawami cukrzycy.
- CRP / ESR (OB) – to bardzo mało specyficzne markery zapalenia, choroby takie jak reumatoidalne zapalenie stawów czy inne artropatie mogą powodować bóle, przez które ciężko jest wykonywać czynności życia codziennego, powodują ospałość i obniżony nastrój.
- Wapń – Nadczynność przytarczyc może powodować zaburzenia afektywne oraz psychozę, niski wapń może powodować delirium i objawy psychiatryczne.
- Funkcje wątroby – zmiany pokażą choroby wątrobowe w tym chorobę alkoholową, która może świadczyć (wraz z innymi danymi) o nadużyciach tego trunku.
- Magnez i witamina D – niedobory magnezu oraz witamin z grupy B i D mogą powodować podobne objawy.
- BMI – pomoże w identyfikacji ryzyka bezdechu sennego, który spowoduje deficyty snu i objawy afektywne. Sama otyłość również związana jest z depresją.

Kwestionariusze takie jak PHQ-9, BDI czy HDAS

mają kiepską zdolność diagnostyczną, ale mogą posłużyć jako coś, co monitoruje stany depresji.

Obrazowanie TK głowy lub MRI mogą ukazać zmiany histopatologiczne w mózgu, które są odpowiedzialne za niecodzienne zachowanie lub zmiany afektywne. Jak w przypadku innych chorób opisanych w tym podręczniku, rzadko wykonuje się te badania w pierwszym rzucie.

### Inne rozpoznania różnicowe:

- Zaburzenia limbiczne (objawy afektywne GAD, fobii, OCD, zaburzeń adaptacyjnych),
- Opuszczenie, utrata bliskiego (normalna reakcja na żałobę: szukaj dowodów na przechodzenie do punktu, w którym żałoba nie jest tak bolesna [może to trwać trochę czasu]; zaburzenia pojawiają się, gdy smutek staje się permanentny),
- Zwykły smutek, zmęczenie lub dojrzewanie,
- Zmiana otoczenia oraz ostry stres (zwłaszcza, jeśli nastąpiła jakaś zmiana w pracy, miejscu zamieszkania, porze roku),
- Zaburzenia snu (pierwotne i wtórne), m.in. narkolepsja, bezdech senny,
- Delirium (hipoaktywne) lub nadużywanie narkotyków tranwilizujących / pro-psychotycznych / pobudzających,
- Zaburzenia żywienia (*anoreksja nervosa* vs. głęboka depresja z odmawianiem żywienia),
- Psychoza lub depresja w przebiegu innych chorób endokrynologicznych, np. zespołu Cushinga, Addisona, policystycznych jajników, zespołu metabolicznego,
- „Baby blues” lub niepsychotyczna depresja poporodowa czyli zespół smutku lub obniżonego afektu zaraz po urodzeniu dziecka lub nawet do kilku miesięcy po narodzinach. Może wystąpić zarówno u matki, jak i u ojca,
- Demencja (wszystkie rodzaje),
- Udar, zwłaszcza jeśli występują inne objawy ruchowe, sensoryczne, kognitywne,
- Infekcje, najczęściej wirusem nabytego upośledzenia odporności (HIV), Epstein-Barr (nigdy *Ebsteina-Barra!*) (EBV) lub opryszczki (HSV),
- Zapalenia ośrodkowego układu nerwowego, w tym pierwotne zapalenie OUN, wirusowe, bakteryjne lub grzybicze zapalenie obwodowe z uwikłaniem OUN; warto jest zwrócić uwagę na cykliczność zapaleń np. w przebiegu choroby Brzezińskiego,
- Zaburzenia czynnościowe, w tym czynnościowe zaburzenie pamięci, zespół jelita drażliwego, etc.



#### NOTA BENE

To, że nie ma wystarczających dowodów na ustalenie diagnozy zaburzenia afektywnego nie znaczy, że pacjent nie potrzebuje pomocy. Wręcz przeciwnie! Każdy problem należy rozważyć z osobna i zaoferować wsparcie (również farmakologiczne!) nawet jeśli osoba nie „kwalifikuje się” do formalnej diagnozy.

## MYŁĄCE GRUPY DEMOGRAFICZNE

W niektórych przypadkach warto jest zwrócić uwagę na nietypową prezentację chorób afektywnych.

**A. Młodzi dorośli:** narkotyki, antyspołeczne zachowanie, nerwy związane ze szkołą lub studiami oraz nową sytuacją życiową (zmiana otoczenia, wybory, dorastanie). Mogą one jednocześnie maskować choroby afektywne albo powodować objawy afektywne w przebiegu zaburzeń limbicznych, adaptacyjnych czy uzależnień.

**B. Okres okołoporodowy:** obniżony afekt to bardzo częsta przypadłość młodych rodziców (ojca również!!!) oprócz zmian związanych z samą ciążą oraz stresem z powodu pojawienia się nowego dziecka (logistyka, praca, finanse, opieka, dorastanie), rodzice mogą czuć się źle przez brak sprostanienia normom społecznym. W końcu w Internecie czytają, że to jest „najszcześniejszy czas” i czują się winni, że oni nie są tak podekscytowani. Taki „baby blues” w przebiegu łagodnym lub łagodna depresja poporodowa są najczęściej samolimitujące. Należy jednak baczenie przyglądać się takim rodzicom, albowiem w okresie połogu szanse na śmiertelność mamy i dziecka z powodu na psychozę, reaktywację ChAD lub ostrą depresję poporodową rosną wielokrotnie!

**C. Starsi ludzie:** często objawy afektywne mogą być mieszane z zatwardzeniem, delirium hipoaktywnym, demencją, utratą wagi i anhedonią z innych powodów

**D. Intelktualnie niepełnosprawni** nie zawsze potrafią wyrazić lub zidentyfikować swoje problemy afektywne: patrz na zmianę zachowania, opinię rodziców lub brak zaangażowania się w rehabilitację czy zajęcia w szkole.

**E. Zmiany okresowe:** istnieje kilka wysoko stresujących i obniżających nastrojów faz w życiu człowieka – od miesięcznych, np. związanych z cyklem miesięczkowym, przez roczne, np. związane z obniżeniem światła słonecznego jesienią (sezonowa depresja), aż do ogólnozyciowych, np. zmiana szkoły, utrata bliskiego, dorastanie, wyprowadzenie się dzieci z domu, etc. W każdym z tych przypadków należy uspokoić pacjenta, że jest to normalne i niekoniecznie musi prowadzić do poważnych powikłań neurologicznych. Z drugiej strony, warto jest baczenie przyglądać się takim zaburzeniom i aktywnie reagować, jeśli z biegiem czasu nie ma poprawy lub jeśli objawy są wyjątkowo uciążliwe i przeszkadzają w nauce, pracy czy zajmowaniu się dziećmi.

## ŻAŁOBA I UTRATA BLISKIEGO

Według Elżbiety Kübler-Ross, istnieje pięć stadiów godzenia się ze śmiercią. Choć model ten jest szeroko debatowany w literaturze, stanowi

ciekawe wyjaśnienie niektórych zachowań osoby w żałobie (Kübler-Ross and Kessler, 2014).

1. Zaprzeczenie: „Ona nie umarła”, „Lekarze na pewno się mylą”, „Jest przecież nadzieja na wyleczenie”

2. Złość: „Czemu to ja? To nie fair!”, „Jak to możliwe, że to się akurat jej przytrafiło!”, „Czemu to musi się mi znowu dziać?!”

3. Negocjacje: „Zawarłem umowę z Bogiem, że da mi szansę na dożycie do ślubu córki, jak tylko przestanę palić”, „Jeśli zacznę biegać to rak sam przejdzie!”

4. Depresja: „To nie ma sensu”, „Po co ja to w ogóle robię, i tak wszystko stracone” „Straciłem swoją ukochaną więc po co mam iść dalej?”

5. Akceptacja: „Jakoś z tego wyjdę” „Mogę z tym walczyć, dam radę!”

Niekoniecznie muszą one następować po sobie; mogą trwać w różnych terminach lub mieć przyspieszone albo spowolnione przejścia. Niemniej jednak, czerwonymi flagami powinny być:

- Zwiększenie intensywności żalu (tak jak w zaburzeniach afektywnych),

- Długotrwały żal (>6 miesięcy) bez znaków poprawy lub jakiegokolwiek zmiany,

- Opóźniona progresja, bez znaków jakichkolwiek zmian emocjonalnych.

Oprócz tego, niektórzy psychopatolodzy wyróżniają więcej możliwych stadiów, np. szok, odczulenienie (wyłączenie się) oraz wycofanie.

## SKUTECZNE DIAGNOZOWANIE

Bardzo często w praktyce klinicznej pojawiają się błędne diagnozy przez:

- Brak diagnozy afektywnej w przypadku objawów zaburzeń snu, zmęczenia, pamięci i koncentracji, kiedy chora nie skarży się na „doła”.

- Diagnoza depresji bez przeprowadzenia badań krwi czy jakichkolwiek innych badań w rozpoznaniu różnicowym

- Diagnoza depresji po odbytych leczeniu lub procedurze chirurgicznej czy medycznej, tj. mylenie efektu ubocznego leczenia lub zmęczenia po operacji z chorobą afektywną

- Brak przesiewu na zaburzenia maniackalne, przez co epizod depresyjny w ChAD diagnozuje się jako depresję unipolarną i... indukuje manię leczeniem depresji.



# CHOROBA WIKINGÓW

Wikingowie to przykład cywilizacji, w której choroby psychiatryczne były traktowane zupełnie inaczej niż obecnie. W przeciwieństwie do dzisiejszych doktryn, u zdobywców północnej Europy i Ameryki, ChAD był czymś nie tylko akceptowalnym, ale i pożądanym (Høyersten, 2007).

Wczesnośredniowieczne prawo Gulatingsloven wspomina o mężczyznach, którzy zmieniali się w nieustraszonych wojów i zawadiaków. Nie mówi się o nich bynajmniej jako szaleńcach. Wręcz przeciwnie: „chorzy” stanowią centralny punkt wikingowego etosu żądnego przygody wojownika (Robberstad, 1952). Staroislandzkie prawo Grágás (prawo szarej gęsi) (Laws of Early Iceland, 2006) przewiduje karę pozbawienia praw lub uwięzienia dla takiego delikwenta, tylko jeśli „zachowuje się zbyt uporczywie”, znowu podchodząc dość liberalnie do ludzi nazywanych „ulfhéðinn”, „berserker” lub „hamrammr” (Eiriksson, 2004).

Co oznaczają te terminy? Przyjrzyjmy się pierwszej kombinacji: *úlfr* (“wilk”) + *héðinn* (“płaszcz z futra”), dosłownie „wojownik odziany w wilczą skórę”; berserker: „bez koszulki”, z siłą kultu niedźwiedzia (Magnússon, 1989). Tych słów używano w opisach wojownika, zdolnego do dokonywania wyczynów znacznie wykraczających poza możliwości zwykłych ludzi. Jednocześnie zauważalny był element zmienności nadnaturalnej siły (*hamrammr*). Faza ta występowała bowiem jedynie w ciągu dobrze opisanych odstępów czasu (Høyersten, 2007). Wielu autorów uważa, że berserkowie używali również specjalnych leków na zwiększenie swoich stanów maniackalnych. W grobach wojowników znaleziono na przykład ziarna psychoaktywnego Lulka czarnego (*Hyoscyamus Niger*) (Price, 2002).

Lektura Sag Islandzkich (*Íslendingasögur*) pokazuje bardzo ciekawe nagromadzenie takich cech wśród najbardziej nieustraszonych eksploratorów Norwegii, Islandii, Grenlandii i Ameryki wczesnego średniowiecza. Opowieści mówią na przykład o Kveldulfie Bjalfasonie, „nocnym wilku” z sagi Egilssoga, który zdawał się posiadać „olbrzymią siłę”. Dzięki niej, zbudował potężne państwo i z powodzeniem zwyciężał swoich wrogów podczas wielu wikingowych rajdów. Był znany z niecierpliwości, uporczywej determinacji oraz zmniejszonej potrzeby na sen. W Norwegii nieustannie wchodził w waśnie między magnatami. Toteż kiedy miał już ich dosyć, postanowił wyuszyć w podróż ponad tysiąca mil morskich na północ, w kierunku Islandii, co jak na tamte czasy wydawało się karkołomną eskapadą. Te nietypowe cechy odziedziczyli po nim syn, Skallagrim, oraz wnuk Egil (genetyka!). Podobną odwagę wykazywali się eksploratorzy północnego Atlantyku

z Sagi Eryka Czerwonego i Sagi Grenlandczyków. Na kartach manuskryptów opisywane są również dowody na epizody depresyjne, a nawet depresji psychotycznej. Ta niekiedy napadała Króla Siggruda Jorsalfara (1090-1130) i była przeplatana z epizodami ekstrawaganckiej pewności siebie, braku strachu i wiary w powodzenie wypraw (The Heimskringla, 1844). Wiele z tych opisów świadczy o znacznie bardziej zaawansowanych defektach płata przedczołowego, które znane są z zaburzeń antyspołecznych. Być może wikingowie ci nie byli w stanie odczytywać i odczuwać emocji na odpowiednim poziomie, przez atrofię tego narządu w mózgu, co opisywane jest szeroko w literaturze socjo i psychopatii.

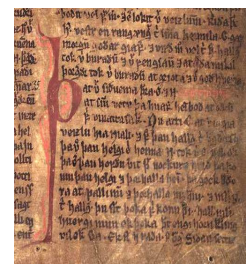
Co ciekawe, zarówno nieznani autorzy sag, jak i współcześni historycy są zgodni co do niezwykłych zdolności intelektualnych bohaterów. Mimo zmian afektywnych i trudnego charakteru, przywódcy ci mieli nadzwyczajny wręcz intelekt. Wykazywali się zmysłem mądrego przewidywania, umiaru i wywarzenia w planowanych wojnach i interesach. Ich wiedza, talent i inteligencja stanowiły mistyczną wręcz zagadkę dla poetów tamtego okresu (Eiriksson, 2004).

Wszak wysokie umiejętności intelektualne były niezbędne, aby nawigować przez ocean, tworzyć wytrzymałe łodzie, budować spektakularne fortece i prowadzić bój na obszarach obejmujących Europę aż po basen Morza Śródziemnego.

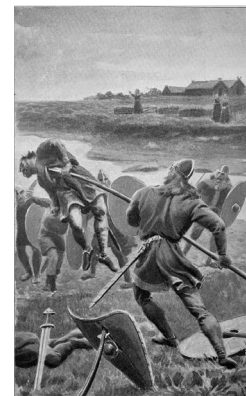
Nie sposób nie oprzeć się zatem wrażeniu, że Leifur Eiriksson czy jego ojciec, Eryk Czerwony musieli mieć dozę szaleństwa, aby organizować wyprawy do nieznanymi łądów arktycznej Grenlandii czy Północnego Labradoru i zakładać tam zorganizowane i dobrze prosperujące osady.

Jedną z teorii mówi o wąskim gardle ewolucji w tej cywilizacji. Według niej, mutacja genetyczna, np. wielokrotne powielenie CNV (Malhotra et al., 2011) mogą doprowadzić do pojawienia się wysokiego ryzyka zachorowalności na ChAD. W tej niecodziennej formie choroba występuje niezwykle rzadko i, razem z innymi czynnikami prognostycznymi, cechuje się wysoką śmiertelnością (Vieta et al., 2018). W cywilizacji wikingów okazała się jednak niezwykle ewolucyjnie korzystna, przez co powieliła się w wielu kolejnych pokoleniach i, poprzez podboje, zakotwiczyła w niektórych innych Europejskich narodach. Według współczesnych badań choroba ta występuje nadzwyczaj często wśród ultra-inteligentnych i kreatywnych mężczyzn, zwłaszcza tych, którzy wykazują wysokie umiejętności techniczne i werbalne (Gale et al., 2013) (badanie na N= 1,049,607).

Dla praktyka medycyny może być to nieco mylące. W końcu populacja chorych na ChAD w mediach, dyskursie publicznym lub oddziałach



Fragment Sagi o Njálu w Möðruvallabók (ok. 1350rok).



Gunnar (bohater Sagi o Njálu) pokonuje czternastu wojowników w swojej maniackiej furii, Rangá. Ilustracja z „Vore fædres liv”.



Wiking gryzący swoją tarczę podczas jednego z epizodów przemienienia się w „berserka”: osobę o zdolnościach „znacznie przewyższających ludzkie”, najprawdopodobniej w fazie maniackalnej ChAD.



Znaczek z Wyp Owczych upamiętniający odkrycie Ameryki: przez Leifura Eiriksona ok. 1000 roku oraz Krzysztofa Kolumba w 1492 roku.



Lato na Wybrzeżach Grenlandii koło roku 1000. Obraz wyobrażenia tamtych czasów pędzla Karola Rassmussena.



Rekonstrukcja osady Wikin-gów w Ameryce Północnej, Nowofundlandia, Kanada, nazywana przez Normanów „Winlandią”.

psychiatrycznych jest zgoła inna... Skąd taka dysproporcja? Chorzy wysokofunkcjonujący nie są bowiem przyjmowani do szpitali!

Pod tym względem proporcja wygląda odwrotnie: im mniejsza skala IQ, tym większa szansa na pobyt w zakładzie psychiatrycznym. Najlepiej funkcjonujący chorzy z ChAD nie prezentują się do obiektów opieki zdrowotnej, albowiem po (1) nie mają wglądu w swoją chorobę – myślą, że to, co robią jest „normalne” (niekoniecznie może myśleć tak otoczenie!) i z powodzeniem odnoszą sukcesy w życiu prywatnym i zawodowym. Po (2) mogą unikać przyjęcia czy nawet jakiegokolwiek pomocy przez lęk przed stygmatyzacją lub próbą normotymizacji (farmakologicznej regulacji) ich objawów. Obecne wytyczne i normy społeczne, w przeciwieństwie do nordyckich zwyczajów, każą takich ludzi unieszkodliwiać, a ich objawy spłaszczą, wyłączając im wahania nastrojów czy nadludzki napęd (Hammett and Youssef, 2017). A chorzy niekoniecznie tak łatwo oddają moc berserka, nawet jeśli miałoby im to uratować życie.

Taki intelekt ma bowiem swoją cenę. Posiadanie nieleczonego ChAD zwiększa śmiertelność i powoduje gorszy przebieg epizodów depresyjnych i psychotycznych, na co wskazują przeraźliwe statystyki z sekcji o prognozie. Potwierdzają to również sagi. Król Sigurd był „odwiedzany przez potworną chorobę”, a Kveldulf pod koniec życia wniósł się w depresji psychotycznej. Jego objawy narastały, a jakiegokolwiek niepowodzenia odbijały się na nim przez niemiłosierny smutek. Postanowił opuścić Norwegię po raz ostatni i schronić się na rodzinnej farmie w Borgu á Mýrum (koło Borgarnes). Niestety, nigdy nie dostrzegł już lodowców, polarnej zorzy czy wierzgających koni, a jego dłonie nie zdołały dotknąć puchatej wełny dzikich owiec. Choroba pochłonęła go już na statku. Jego syn, Skallagrim, spełnił ostatnie życzenie Kveldulfa. Zbudował mu trumnę, która na statku popłynęła na ostatnią jego eskapadę przez wybrzeża fiordów półwyspu Snæfellsnes. Nieustraszony wiking pokonany został przez chorobę, która łączy w sobie geniusz, odwagę, depresję i szaleństwo. W płonącej łódce oddał się wprost do Walhalli.

## PYTANIA SPRAWDZAJĄCE

### ZAGADNIENIA KLINICZNE

1. Udziel pierwszej pomocy osobie z syndromem serotoninowym
2. Zbierz wywiad i dokonaj rozpoznania różnicowego „epizodu depresyjnego” lub złego nastroju.
3. Zaordynuj odpowiednie leczenie u matki z depresją i psychozą poporodową.
4. Przedstaw i omów oparte na dowodach metody leczenia medycznego i chirurgicznego chorób afektywnych.

### ZAGADNIENIA OTWARTE

1. Przedstaw teorie etiologiczne chorób afektywnych: genetyczną, biochemiczną i konektomiczną.
2. Wymień i omów główne zaburzenia konektomiczne mózgu osoby z ChAD.
3. Czym różni się ChAD typu 1 od 2? Czym od depresji unipolarnej? A czym od psychozy poporodowej?
4. Jakie są różnice w głównych metodach chirurgicznego leczenia depresji unipolarnej?
5. Na czym polega działanie leków z grupy SSRI w przebiegu depresji unipolarnej?
6. Opisz pryncypia rozpoznania różnicowego i leczenia epizodu maniakalnego.

### ZAGADNIENIA ZAMKNIĘTE

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Która z podanych terapii jest najskuteczniejsza w depresji opornej na leczenie?<br/>A. Psychodynamiczna.<br/>B. Elektrokonwulsyjna.<br/>C. CBT.<br/>D. Rodzinna i grupowa.<br/>E. Coachingowo-motywacyjna.</li> <li>2. U pacjenta zaobserwowano zaawansowaną ChAD. Radiolog może zauważyć zmiany grubości kory na MRI w...<br/>A. Płacie przedczołowym.<br/>B. Korze emocjonalnej.<br/>C. Korze afektywnej.<br/>D. Płacie potylicznym.<br/>E. Płacie ciemieniowym.</li> <li>3. Ktry z poniższych preparatów może najpewniej spowodować syndrom serotoninowy?<br/>A. Antypsychotyki atypowe.<br/>B. SSRI.<br/>C. Antypsychotyki typowe.<br/>D. Stabilizatory nastroju.<br/>E. Dodanie nowego SSRI.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Deficyt którego z poniższych może najpewniej wywołać objawy afektywne?<br/>A. Witaminy B13.<br/>B. Witaminy K.<br/>C. Potasu.<br/>D. Glutenu.<br/>E. Kwasu foliowego.</li> <li>5. Czynnikiem ryzyka podnoszącym śmiertelność w ChAD jest:<br/>A. Płeć męska.<br/>B. Użycie narkotyków.<br/>C. Palenie marihuany.<br/>D. Agresywne krzyczenie.<br/>E. Epizod depresyjny.</li> <li>6. Które z poniższych stanowi dobre leczenie pierwszego rzutu psychotycznego epizodu depresyjnego w ChAD?:<br/>A. Antydepresanty SSRI.<br/>B. Antypsychotyki.<br/>C. CBT.<br/>D. Esketamina.<br/>E. Benzodiazepiny.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Elementem klasycznej prezentacji depresji jednobiegowej nie jest:<br/>A. Anhedonia.<br/>B. Anergia.<br/>C. Obniżony nastrój.<br/>D. Wydłużony sen.<br/>E. Wczesne budzenie się.</li> <li>8. Które z poniższych stwierdzeń jest prawdziwe jeśli chodzi o ECT:<br/>A. Jest bolesna dla pacjenta.<br/>B. Powoduje trwałe uszkodzenie pamięci.<br/>C. Oferuje szybkie ustąpienie objawów.<br/>D. Można ją robić bez żadnego znieczulenia</li> </ol> <p>ODPOWIEDZI:<br/>1. C - inne mają małą lub żadną skuteczność w przypadku depresji opornej na leczenie.<br/>2. A - pozostałe nie ulegną tak dużej zmianie. Kora afektywna nie istnieje.</p> | <ol style="list-style-type: none"> <li>3. E. Odpowiedź B oczywiście również może spowodować syndrom serotoninowy, ale w mniejszym stopniu niż dodanie nowego leku.</li> <li>4. E. Witamina B13 nie istnieje.</li> <li>5. A. Reszta nie ma związku ze śmiertelnością, nawet jeśli powoduje zwiększenie ryzyka próby samobójczej.</li> <li>6. B. Psychoza w depresji powinna być pierwszym priorytetem leczenia.</li> <li>7. D. Hipersomnia pojawia się rzadko w klasycznej depresji.</li> <li>8. C. ECT oferuje błyskawiczny powrót do zdrowia i ustąpienie objawów (jeśli zadziała). Zmiany kognitywne występują jedynie przez krótki okres po wykonaniu zabiegu.</li> </ol> |
|--|---|--|--|



Dlatego lecę dziś nad miastem jak ptak  
Wysoko tak, wolny jak nigdy wcześniej  
Zostawiam wam ziemskie więzienie i strach  
Niesie mnie wiatr, ale być jedną z gwiazd nie chcę!

– Zeus. Nie Żyje. Gwiazdy





It sucks to be in love with a guy who is too fucked up for life. It's not even his fault. It's the whole family thing...it's so fucking unfair. And I really thought that he needed just, eh... I don't know.

You?

No. But someone, maybe. Some person on the planet that gives a fuck about him. For once in his life, yeah.

— **Claire Fisher**, *Six feet under*







← Claire Fisher i Gabriel Dimas "Sześć stóp pod ziemią" (produkcji Alana Balla) grani przez Lauren Ambrose i Erica Balfoura. Gabriel zmaga się z rozpadem rodziny, śmiercią małego brata i wybraniem swojej przyszłości po skończeniu liceum.

Choć narkotyków zaczął używać rekreacyjnie, ich działanie wkrótce było dla niego jedynym ukojeniem w otaczającej go rzeczywistości. Konflikty osobowe, próba samobójcza i problemy prawne skomplikowały jego związek z Claire. Ta jednak nie zostawiła go. Starata się dotrzeć do chłopaka i zaoferować mu pomoc.

*Dlaczego ty nie zostawisz tego przegrywa, Claire? On jest narkomanem!*

*Ale nie ma innej osoby, która by mu pomogła...*

*Dlaczego to masz być akurat ty?*

*Bo chcę być dla niego! Chcę być potrzebna.*

*Po raz pierwszy w życiu chcę coś dla kogoś znaczyć.*

**C**o się dzieje? Gdzie jestem? – Pomyślałem, gdy obudziłem się w zupełnie nieznanym pokoju. Było tu jakoś dziwnie, białe, mgliste. Wszystko, co widziałem mieniło się za jakąś gęstą powłoką pyłu, która zasłaniała mi widok przed oczami. Dźwięki dudniały mi w uszach, a kotara zaszuwała się raz za razem. Moje ciężkie powieki powoli ustały w jednym miejscu i pozwoliły mi na skupieniu się na obrazie i wyostreniu niektórych fragmentów.

Nagle obleciał mnie strach. Gdzie ja, do kroćset, byłem? Nie miałem pojęcia... Co to za sprzęt? Popatrzyłem kurczowo na zwisające nade mną rurki. Czy to coś medycznego? Wygląda jak szpital, ale co ja tutaj robię? Ja? W szpitalu... Przecież tak bardzo tego nie chciałem. Czułem, jak niepokój wkrada się do mnie jeszcze mocniej, kiedy usłyszałem rozmowy innych osób. Kto tam był, skąd przyszedł, gdzie idzie, co będzie ze mną robił... Te wszystkie pytania kłębiły mi się w głowie, kiedy kurczowo wodziłem wzrokiem po poszczególnych urządzeniach, zwisających mi nad głową.

– Chyba czas już na rozważenie odłączenia pacjenta – powiedział jeden z mężczyzn. Drugi przytaknął. Widziałem te postaci za daleką mgłą, ale ich rozmowy były w mojej głowie ostre jak brzytwa. Ogarnął mnie jeszcze większy niepokój.

– Nie odłączajcie mnie, ja żyję, proszę! – Próbowałem się odezwać, ale ku mojemu przerażeniu, nie mogłem w ogóle ruszyć żadną z kończyn... Nie byłem w stanie przesunąć chociażby palcem po pościeli. Chciałem wykrzywić twarz, złożyć usta chociażby do drobnego grymasu mówienia. Nic z tego. Całe ciało odmówiło mi posłuszeństwa i zakończyło jakiegokolwiek próby zrobienia wrażenia na lekarzach.

Rozpoznałem znajomy głos. Spojrzałem na prawo. Siedziała tam moja córka z zięciem. Ten ścisnął żonę za rękę. Wszyscy byli bardzo zaniepokojeni.

– Proszę was, nie odłączajcie mnie! Ja chcę żyć! – Próbowałem krzyknąć do nich, ale moja bier-

ność nie dawała się przezwyciężyć. Modliłem się o małe szturchnięcie, chociażby odrobinę głosu czy ruszenia nogą... Wydawało mi się, że mnie to uratuje... Przecież nie odłączą od aparatury żywej osoby!!!

– Panie doktorze, proszę jednak go odłączyć, straciliśmy już nadzieję, że cokolwiek uda się zrobić... – Zaczęła moja żona, a ja zamarłem. Jak to możliwe? Żeby miłość mojego życia, ta, która obiecywała mi, że mnie nie zostawi w chorobie i w cierpieniu... Tyle razem przeszliśmy, a ta chce mnie teraz zostawić. Jak to mogło przejść jej przez usta... Popatrzyłem jeszcze raz na całą scenę.

Zięć przytakiwał żonie

– To dobra decyzja. Należy ją jak najszybciej wdrożyć, żeby go już nie męczyć... Poza tym na pewno organy przydadzą się komuś, kto bardzo mocno potrzebuje pomocy – argumentował, a żona wszczęła płakać. Z chlipiącą twarzą przytuliła się do zięcia, który mocno ścisnął ją za rękę.

Córka wydawała się być nieprzekonana.

– Nie ma szans, żeby wyjść z tego? – Zapytała, a konsultant medycyny ratunkowej pokręcił głową.

– Jest sparaliżowany, nie ma z nim żadnego kontaktu. Jego GCS oscyluje wokół 6/15, z wynikiem 3/15 przy przyjęciu. Nie udało się go nam wybudzić ani na chwilę, nie daje znaków życia... Do tego rozległe zapalenie płuc, obrzęk i niewydolność serca. Jego wątroba zaczyna wydzielać enzymy w nadmiarowych ilościach. Jak dla mnie to sytuacja przeszczepowa jedynie, a i tak pewnie organy nie będą się nadawać – wygłaszał profesor, pokazując makabrycznie wyglądające skany. Zięć przytakiwał.

– Bardzo dziękujemy, Panie Profesorze, bardzo Pana szanujemy i cieszymy się, że zechciał pan zająć się przypadkiem Adama – dodała moje imię.

– HEJ! Ja tutaj jestem! Oni nie wiedzą o tym! Ja żyję, nie możecie mi tego zrobić NIE MOŻE-



#### NOTA BENE

Syndrom zamknięcia i paraliżu przy ostrym uszkodzeniu mózgu jest stosunkowo częsty. Według najnowszych badań, ta przeraźliwa aktywność świadomości występuje u 15% pacjentów, nawet w przypadku braku jakichkolwiek reakcji na bodźce zewnętrzne (Calssen et al., 2019).

Słuch jest ostatnim medium, które wyłącza się przed śmiercią.



#### NOTA BENE

Wiele osób uważa, że efekty uboczne przyjmowanych substancji ich nie dotyczą, tak jakby miały zastosowanie tylko u „innych”.

Tak naprawdę objawy mogą wystąpić po każdym użyciu, bez względu na poprzednią historię przyjmowania.

„Przecież brałem to tyle razy i nic nie było...”



#### NOTA BENE

Kryteria rozpoznania doświadczeń bliskich śmierci to (wg. Moody'ego):

- Uczucie eksterioryzacji (wyjścia z ciała),
- Projekcja tunelu ze światłem na końcu,
- Uczucie spokoju, błogosławieństwa, kochanej atmosfery
- Przeświadczenie o przechodzeniu w inną rzeczywistość.

CIE!!! – Moja sytuacja stawała się coraz bardziej desperacka. Jeden z rezydentów podszedł do profesora.

– A może nie dałoby się go wyleczyć jakoś? Nie odłączajmy! Lecmy!

– A jakie leczenie Pan proponuje?

– Furozemid i antybiotyki – odpowiedział dumny z siebie rezydent.

– Tak! Dobrze mu mówi. Ratujcie mnie, dajcie mi te leki, niech ten rezydent walczy o mnie! – Bezskutecznie próbowałem mówić do niego.

– Otóż, Szanowny Panie Jakubie, antybiotyki nie wpłyną na jego układ nerwowy. Jego zmiany są nieoperacyjne i otwieranie czaszki nie jest bynajmniej wskazane w tym przypadku. Furosemid nie powinien być stosowany ze względów fizjologicznych. Proszę się douczyć, poczytać coś i pomyśleć, Szanowny Panie, pomyśleć, zanim pan raczy swój otwór oralny ukazać światu – skwitował profesor i poszedł dalej.

– Przepraszam Panie Profesorze – rezydent spuścił głowę i zwrócił się do córki – ja tu nic nie umiem, przepraszam państwa, że się tak zbłądziłem. Lekarz ze mnie żaden, tylko idiota za pięć funtów... – Podeszedł bliżej do aparatu koło mnie. Położył palec na jakimś guziku. To już mój koniec! Na zawsze pożegnać się z życiem... a ja przecież nic takiego nie zrobiłem. Tyle osób bierze tę ketaminę i nic złego im się nie stało! Moja koleżanka to bierze co tydzień i ani mrugnęła, a mi akurat musiało się coś takiego przytrafić!

– Może coś z nim zrobimy? – Powiedziała córka, a ja ucieszyłem się jeszcze bardziej. Moja Izunia! Kochanie moje, skarb mój najdroższy, niech powie tym felczerom, żeby mnie nie odłączali.

– Absolutnie wykluczone – zagrzmiął zięć, a córka wyraźnie złękła się jego głosu – lekarze tutaj są dobrzy i wiedzą co z nim zrobić; to tacy sami lekarze co wszędzie!

W międzyczasie do sali wszedł mężczyzna ubrany w operacyjny fartuch. Powoli przyszedł do mnie, aby obejrzeć rurkę, którą wsadzili mi do gardła. Skinął na kilka monitorów.

– Hej! Tu jestem, tuuuu jestem, zobacz, teraz na pewno coś zobaczysz, na pewno! – Próbowałem dawać znaki życia, ale bezskutecznie. Anaestezjolog był gotowy do zabiegu. Wy tłumaczył pokrótce, że za chwile założy rękawiczki i poedzie, żeby mnie ekstubować. Wtedy zabraknie mi tlenu i umrę. Tego fatalnego skutku bałem się najbardziej.

Nie mogłem się zorganizować. Nie mogłem wykrztusić z siebie niczego, co by pomogło komuś w komunikacji ze mną.

– A jakby zapytać o drugą opinię? Może ktoś z intensywnej terapii? To przecież tylko SOR – Iza wtrąciła się do rozmowy. Moja córeczka! Kochanie najukochańsze, moja duszeńka, dobrze mówisz!

– Iza, skarbie, pogódź się z tym, że tata jest martwy – skwitował zięć i skinął na nią.

– Ale przecież widzę jego taśmę z sercem, ono bije! – Wybuchła Iza, której płacz rozlał się po całej twarzy.

– To jedynie aktywność serca. Chory nie odpowiada na czynniki bólowe, nie jest w stanie osiągnąć adekwatnego GCS. Nie mam jak uzasadnić jego dalszego leczenia... – Powiedział lekarz i wyjął z pudełka makabryczne rękawiczki. To właśnie nimi zamierzał dokonać mojego żywota.

– NIE JESTEM MARTWY! – Chciałem wykrzyknąć, ale nic to nie działało. Kupiłem sobie jedynie odrobinę czasu moim rytmem serca. Może je podnieść albo obniżyć... Może jest coś, co mnie wyniesie z tego wszystkiego, do krocset!

W tej chwili poczułem się zgoła inaczej. Ogarnęła mnie wewnętrzna przyjemność, błogosławieństwo, jak gdybym był przytulany przez miliony ciepłych rąk i ramion. Powoli unosiłem się w tej błogiej atmosferze i widziałem cały pokój: moją rodzinę, lekarzy, siebie.

Odłączałem się od swojego ciała, ale nie czułem, aby było to straszne czy paralizujące przeżycie. Czułem coś, czego brakowało mi od wielu miesięcy... spokój.

Obraz szpitala wydawał się zamazywać. Powoli przechodziłem do ciemnego tunelu, na końcu którego widniało światelko. Czułem, że czeka mnie coś dobrego. Powoli zagłębiłem się w tę nieznaną toń wydarzeń. Po drugiej stronie tunelu zobaczyłem barwną postać w szatach zdobionych złotem. Odezwała się do mnie ciepłym głosem.

– Dzień dobry Panie Adamie – mężczyzna popatrzył na mnie.

– Nie! – Krzyknąłem – Nie chcę umierać! Ja za tę ketaminę przepraszam, nie będę już!

– Panie Adamie – zaśmiał się jegomość – cała Polska ponoć nigdy wódki do ust nie weźmie, przynajmniej rano po imprezie. A raczej dyrektorzy fabryk spirytusu samobójstwa z desperacji nie popełniają... proszę mi uwierzyć, bo coś bym o tym wiedział.

– Kim Pan jest w ogóle?

– Myślę, że Pan wie. Kiedyś może poznamy się bliżej – zajrzał do notesu – Ale przykro mi, nie tym razem.



STRZAŁ!

Szpitalne światło ocuciło mnie jak zimny grom z wodotrysku. Leżałem na swoim wcześniejszym posłaniu, ale wokół mnie znajdowało się kilku nowych osobników. Jeden nachylał się nade mną i miał wyjątkowo dziwną minę, jakby się czymś nieprzejeżdżanie męczył.

– Pamiętajcie, minimalizujemy przerwy między uciśnięciami. Jane, zastąpisz Erica w następnym cyklu. Odliczaj proszę do 30.

– W porządku. 28, 29, 30.

Kobieta przerzuciła się na mnie i zaczęła energicznie uciskać moją klatkę piersiową. Dziwiłem się, że nie czuję tego, jak brutalnie ze mną postępują. Popatrzyłem na płaczących członków mojej rodziny. Jak dobrze, że jednak żyję! I co się przed chwilą stało? Czyżby to halucynacja? Może byłem gdzie indziej? Nie poznaję tego młodego lekarza. Czemu on każe im robić te wszystkie rzeczy?

– Dlaczego Pan nie przerwie tego? – Awanturnik się zięć. Młody lekarz wydawał się być niewzruszony – **Przecież Pan Profesor ustalił, że pacjent jest nie do resuscytacji!**

– Pana Profesora tutaj nie ma, a mi wydaje się, że przyczyna zatrzymania akcji serca jest odwracalna.

– Ale przecież skany!

– Zmiany na skanach są dość debatowalne.

Kobieta odsunęła się ode mnie, a ktoś przyłożył mi palec do szyi.

– Mamy spontaniczne przywrócenie krążenia.

– Świetnie. Gratuluję wszystkim. Dobrze się spisaliście.

W tej chwili do pokoju wpadło kilku starszych i zabieganych lekarzy. Popatrzyli na mnie, na aparaty i na pozostałych ludzi w towarzystwie.

– Dokonaliśmy resuscytacji pacjenta lat 42 przyjętego na SOR z podejrzeniem urazu głowy i wylewu krwi do mózgu – zaczął młody – w wywiadzie przyjmowanie ketaminy o nieznaczonej ilości jako czynnik spustowy. Brak innej historii medycznej czy chirurgicznej. Obserwacje stabilne. Spontaniczne przywrócenie krążenia po jednej defibrylacji z VF. Podejrzewam, że spowodowane metabolizmem toksyn i/lub hipowolemii. Moja rekomendacja to dalsze leczenie na oddziale intensywnej terapii.

– W porządku. Dobra robota. Podaj mi notatki, proszę. – Lekarka uśmiechnęła się, a młody podszedł do mnie

– Dzień dobry Panie Adamie – gdzie już

dzisiaj to słyszałem – Jestem Dr Max Brzezicki, młody neurochirurg z oddziału anaestezjologii i intensywnej terapii. Jeśli mnie Pan słyszy proszę mrugnąć dwa razy.

Z całych sił wzruszyłem powiekami. Jedna opadła mi na płasko. Druga powoli uchylała się pod ciężarem silnej woli. Chirurg uśmiechnął się i przytaknął.

– Ja już nigdy tej ketaminy nie wezmę! – Staralem się mu powiedzieć, choć wiedziałem, że nic nie wskóram moimi sparaliżowanymi ustami.

– Witamy wśród żywych.

### DOŚWIADCZENIA BLISKIE ŚMIERCI (NDE)

Popularnie znana „śmierć kliniczna” niekoniecznie musi być konstruktem metafizycznym (choć wiele osób uważa, że właśnie tu spotykają się religia i nauka). Zasadniczo jest procesem kontrolowanej śmierci mózgu. Ograniczona wysłała sygnały do powolnego „wygaszania” i „zniczulania” przed śmiercią, co może wyjaśnić uczucie błogosławieństwa. Tunel ze światłem może być spowodowany umiarem kory wzrokowej i/lub siatkówki, a uczucie eksteriorizacji oraz spotkania z różnymi postaciami (które bardzo często mają dobre poczucie humoru!) zwykłymi halucynacjami. Co ciekawe, zjawisko to występuje niezależnie od kultur, nawet wśród pacjentów niewierzących czy nieznaną paradygmatu judeochrześcijańskiego. Nierzadko jego szok powoduje drastyczne zmiany w życiu na lepsze, o wiele bardziej widoczne niż np. w przypadku zwykłych zawałów (Hagan, 2017; Long, 2014; Neal, 2015).

NDE jest procesem naukowo rygorystycznym. Spośród 2060 zatrzymań krążenia w badaniu AWARE, jedynie 9 kwalifikowało się do przeżycia NDE. Niestety, z uwagi na uszkodzenia mózgu wielu pacjentów nie pamięta szczegółowych przeżyć. Obecnie badania skupiają się na weryfikacji eksteriorizacji za pomocą położenia wizualnych paneli nad głowami chorych (z zamkniętymi oczami ciężko będzie to sobie „wyhalucynować”) (Parnia et al., 2014).



#### NOTA BENE

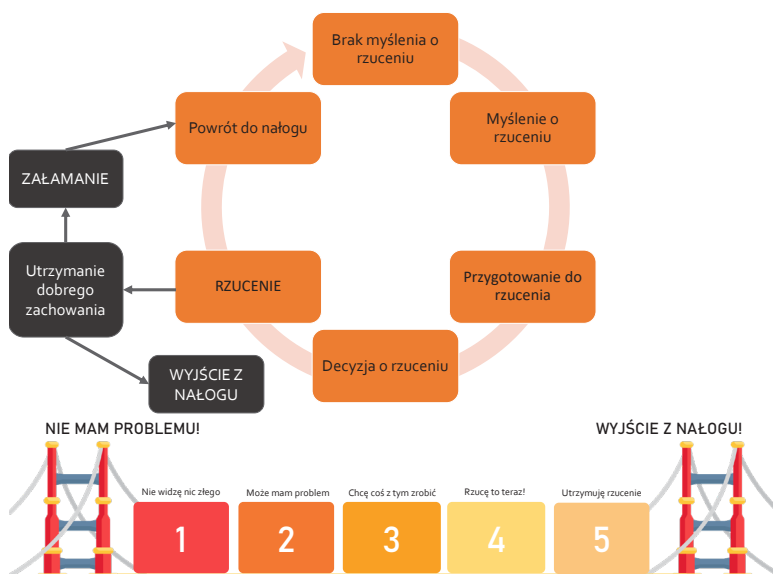
Opisane w tekście zjawisko to tzw. doświadczenia bliskie śmierci, z ang. Near-Death Experience (NDE). To stan kliniczny, który występuje niekiedy po zatrzymaniu akcji serca. Ketamina również może go powodować.



#### DECYZJE KLINICZNE

Co należałoby teraz zrobić z Adamem  
Odpowiedz: (TAK/NIE)

- Wyślij na odwyk.
- Opowiedz o szkodliwości ketaminy.
- Pokaż ulotki informacyjne i powiedz, że musisz zadzwonić na policję.
- Zapytaj, czy Adam myśli, że ma problem z ketaminą.



### RYCINA 1

Dwa przydatne modele oceny, gdzie znajduje się chory w procesie zmiany swojego życia. Model cykliczny (u góry) pokazuje różne stadia od prekontemplacji (brak myślenia o rzuceniu) do decyzji o rzuceniu. Model mostu (na dole) pokazuje drogę, jaką musi przejść chory, aby pokonać nałóg. Przepaść między pierwszym a piątym krokiem jest niebotycznie duża. Nie można zatem wymagać od pacjenta, aby natychmiast ją przeskoczył. Zamiast tego, warto jest skupić się na przejściu o jeden krok dalej (na moście lub w cyklu). Jeśli pacjent znajduje się już na kroku 4, o wiele łatwiej będzie go zmotywować do osiągnięcia celu i nie warto wtedy tracić czasu na tłumaczenie podstawowych pojęć z kroków poprzednich. Cofnięcie się o kilka nawet kroków na tych modelach to nie katastrofa! Dopóki chory chce uczestniczyć w tym procesie, wygrana jest w zasięgu ręki.

## ODDZIAŁ ANAESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII

### Psychiatria Konsultacyjna Uzależnień

Adam przeżył właśnie doświadczenie bliskie śmierci spowodowane przyjęciem ketaminy. Nie wiadomo, czy chciał celowo popełnić samobójstwo. Bardzo możliwe, że jest uzależniony od tej substancji i próbuje zabić się jeszcze raz. Na razie jego obserwacje są stabilne. Jak postawić dobre rozpoznanie i jak sprawić, aby przeciął siłą nałogu?



Nie boję się śmierci.  
Zdążyłem już umrzeć tysiąc razy.

– *Bring me the Horizon* „Szpital dla dusz”, prawdopodobnie inspirowany pobytem na odwyku

### DEFINICJA I DIAGNOZA

Uzależnienie to choroba mózgu polegająca na patologicznym postrzeganiu uczucia nagrody. Chory wprowadza się w stan odurzenia i uważa go za pozytywny, mimo wiedzy o potencjalnych stratach i szkodzie dla siebie i innych. Metody osiągania tego uczucia mogą być różne. Choć znane są przypadki nadużyć leków i substancji psychoaktywnych, uzależnić się można również od hazardu, pornografii lub ćwiczeń fizycznych. W wielu przypadkach, w miarę postępu choroby, organizm przyzwyczaja się do stymulacji. Na przykład, wstrzykiwanie sobie morfiny w dłuższym okresie spowoduje wygłuszenie mózgu na ten lek. Dawka, która kiedyś uśmierzała ból, teraz jedynie go tyka; chory sięga więc po więcej strzykawkę... taki proces nazywamy tolerancją.

Drugi mechanizm to walka organizmu o utrzymanie wewnętrznej równowagi. Gdy chory konsumuje duże ilości alkoholu (środka uspokajającego), mózg produkuje więcej neuroprzekazników pobudzenia, aby to zrównoważyć. Pacjent, który chce później osiągnąć zamierzony efekt relaksacji, musi spożyć już nie dziesięć, ale piętnaście piw: uśmierza teraz nie tylko swój normalny mózg, ale całą armię nowych nadprogramowo pobudzonych neuronów. Wystarczy wyobrazić sobie sytuację, w której osoba nagle przestaje pić. Teraz waga przechyliła się w drugą stronę; neuroprzekazniki pobudzenia nie będą już kontrolowane alkoholem, a mózg zacznie szaleć. Czasami takie szaleństwo może skończyć się śmiercią.

Warto zauważyć, że chory nie zawsze ma wgląd w swoje uzależnienie (Ryc.1), a granica między normalnym użyciem stanu przyjemności a jego patologią w dużej mierze zależy od człowieka i sytuacji (Ryc.2). Większość osób zapewne stwierdzi, że wykupienie jednego losu w trumiennej loterii zakładu pogrzebowego A.S. Bytom to nic złego, ale już przepuszczanie całej miesięcznej pensji w kasynie będzie czymś na pewno groźniejszym.

Czy uzależniony jest pacjent, który cierpi na ból pleców i łyka ibuprofen jak cukierki? A ktoś, kto ma halucynacje i wie, że solidna libacja alkoholowa to jedyne, co może zatrzymać pęd demonów? Zapewne wśród wielu czytelników odpowiedzi na powyższe pytania byłyby podzielone. Dlatego też rozpoznanie i leczenie uzależnień nierzadko bywa bardzo trudne i złożone (Ryc.3).

Pacjent często zdaje sobie sprawę z negatywnych konsekwencji swoich działań. Edukowanie go bardzo rzadko przynosi jakikolwiek efekt. Dzieje się to dlatego, że w danej chwili chęć stymulacji jest zbyt duża, a korzyści tymczasowe zbyt pozytywne, aby myśleć o tym, co będzie później i co będzie się działo z innymi ludźmi.

Najczęściej przyczyny uzależnień są zgoła niewinne. Wszystkie bowiem wynikają z podstawowych ludzkich potrzeb: szczęścia, nagrody, akceptacji społecznej. Popularne w mediach „uzależnienie fizyczne” lub „kliniczne” nie mają żadnego oparcia w dowodach. Biorąc pod uwagę stan fizjologiczny, miłość do drugiego człowieka jest stanem uzależnienia tak samo jak kokaina, a tęsknota formą zespołu odstawienia podobnym do *delirium tremens* (Fisher et al., 2016).

Uzależnienia patologiczne biorą się zatem z braku alternatywy. Chory nie widzi bowiem lepszego zaspokojenia swoich potrzeb jak przez stosowanie używek. Gdy czuje się nieszczęśliwy, sięga po dopaminę płynącą z wygranych zakładów sportowych; gdy nikt go nie docenia, rozkoszuje się słodkimi objęciami xanaxu, a potrzeba przynależności do grupy rówieśników pokaże, że łatwiej jest wyjść i zapalić z nimi papierosa niż w samotności przeglądać roczniki zgonów na raka płuc.

### EPIDEMIOLOGIA

Konopie indyjskie są najczęściej używanym narkotykiem w Unii Europejskiej. Szacuje się, że prawie co dziesiąty Europejczyk użył jej w 2019 roku. Na drugim miejscu są stymulanty: kokaina, MDMA i amfetaminy (łącznie 2.5%) (ECMNN, 2019). Mimo szerokiego użycia, śmiertelność bezpośrednio spowodowana narkotykami jest niska (ok. 200 osób rocznie w Polsce (ECMNN, 2019)). Groźniejsze są powikłania oraz konsekwencje społeczne, których leczenie jest długotrwałe



DECYZJE KLINICZNE  
Co należałoby teraz zrobić z Adamem  
Odpowiedz: (TAK/NIE)

#### X Wyślij na odwyk.

Jest to wyjątkowo mało skuteczny zabieg, zwłaszcza bez większej ilości informacji

#### X Opowiedz o szkodliwości ketaminy.

Pacjent na pewno o tym słyszał już wiele razy. Poza tym przeżył jej straszliwe konsekwencje...

#### X Pokaż ulotki informacyjne i powiedz, że musisz zadzwonić na policję.

W tej sytuacji edukacja ulotkami nic nie da (nie wiesz, czego pacjent nie wie). Nie ma również potrzeby wzywania policji.

#### V Zapytaj, czy Adam myśli, że ma problem z ketaminą.

W ten sposób zbadasz, co on sam o tym myśli i dowiesz się więcej o charakterystyce używania tej substancji.



RYCINA 2

Uzależnienie bierze się z braku alternatywy osiągnięcia "nagrody" w stosunku do potrzeby pacjenta. Na przykład, sytuację z ryciny można by było rozwiązać poprzez CBT, negocjację lepszych warunków pracy czy rozpoczęcie programu ćwiczeń fizjoterapeutycznych. Te drogi są jednak dalekie i skomplikowane (czasami nawet fizycznie niedostępne dla pacjenta). Wzięcie tabletki uspokajającej jest w tym momencie czymś o wiele łatwiejszym i daje choćby chwilę ukojenia. Nawet za cenę negatywnych konsekwencji dla zdrowia chorego.

i kosztowne. Raport ze zwalczania narkomanii w województwie małopolskim z 2017 roku pokazuje ciekawe dane charakteryzujące uzależnienia w tym regionie Polski. Znakomita większość diagnozowanych użytkowników zaczyna swoją przygodę z narkotykami w szkole podstawowej. Ich inicjacja ma miejsce w grupie rówieśniczej (UMWM, 2018). Metody zdobywania substancji to, m.in.: zakupy od dilerów, znajomych, z Internetu, ze sklepów z „dopalaczami”, przez telefon z dostawą do domu, a także prowadzenie własnych upraw marihuany czy zbieranie grzybków halucynogennych (wraz ze sprzedażą nadwyżek).

Użytkownicy narkotyków wydają na nie miesięcznie ok. 1 000 złotych. Występują oczywiście bardziej rekreacyjne przypadki z wydatkami <300zł., ale i bardziej ekstremalne, kosztujące ponad 100 złotych dziennie (UMWM, 2018).

**Opieka zdrowotna uzależnień**

Stan zdrowia osób zażywających narkotyki w Polsce jest bardzo zły. Wiele z nich ma urazy organów wewnętrznych wymagające leczenia. Najczęstsze choroby to epilepsja, uszkodzenie mowy, problemy ruchu, urazy stomatologiczne, choroby wątroby, żołądka, nerek. Użytkownicy są również nosicielami wirusów zapalenia wątroby typu C (ok. 57.9% jest nosicielami (EMCDDA, 2019)) oraz HIV. Do tego wykrywa się inne neurologiczne konsekwencje użycia substancji: anoreksja, choroby afektywne, psychoza, myśli i próby samobójcze. Z uwagi na to, że te choroby nie zawsze objawiają się dokuczliwie, a zainteresowani są w wieku, w którym przecież „*ich to nie dotyczy*”, wiedza o własnym stanie zdrowia może być bardzo wybrakowana.

Co ciekawe, chorzy potwierdzają, że dostęp do systemu opieki zdrowotnej w Polsce jest dobry (*au contraire* do opieki społecznej, która ich w chwili obecnej zawodzi). Opieka psychiatryczna, zaś, jest w opinii pacjentów tragiczna i nieskuteczna. Pobyty w ośrodkach nie motywują ich do abstynencji, a osoby problematyczne są przez lekarzy psychiatrów usuwane. Terapeutom brakuje kompetencji w prowadzeniu leczenia, a terapie substytucyjne są nieskuteczne z powodu niedoboru dawek, opryskliwości personelu oraz uciążliwych procedur dostępu do leczenia (UMWM, 2018). Warto zauważyć, że dostępność do takich ośrodków jest w Polsce bardzo dobra: istnieje ponad 15 tysięcy obiektów ambulatoryj-

nych (tu leczy się większość pacjentów) oraz ponad 18 tysięcy dodatkowych ośrodków leczenia szpitalnego (EMCDDA, 2019). Oczywiście, dostępność do programów terapii różni się w wielu regionach kraju, zwłaszcza, że dużą część kosztów pokrywają samorządy, których budżety są zróżnicowane.

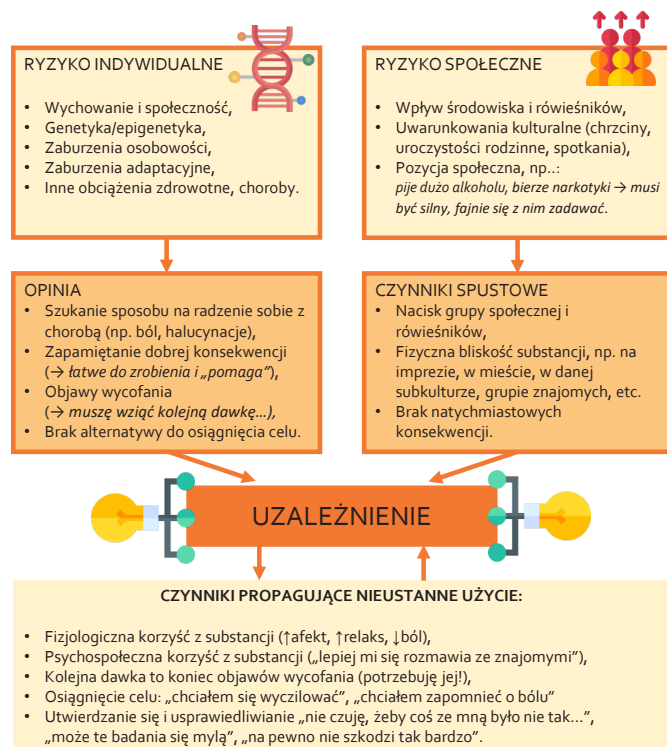
**Problemy z prawem i przestępczość**

Wbrew obiegowej opinii, osoby używające narkotyków nie mają problemów z prawem innych niż wymyślone przez sam system represji państwa. Przemoc fizyczna czy przestępstwa kodeksu karnego wśród osób poddawanych leczeniu substytucyjnemu praktycznie nie występują. Roczniki policyjne zapełniają więc zatrzymania prowadzone przez nieustraszone oddziały prewencji narkotykowych, które ograniczają się do... przestępstw wymyślonych przez nieustraszone oddziały prewencji narkotykowej. Ponad 89.4% zatrzymań narkomanów wiąże się jedynie z posiadaniem substancji, a nie z jakimkolwiek „*prawdziwym*” przestępstwem (EMCDDA, 2019). Pozostałe wykroczenia poboczne, takie jak pobicie przez dilerów lub drobne kradzieże są również bardziej wypadkową aparatu przemocy urzędniczej, aniżeli czymś wynikającym z użycia samych substancji (UMWM, 2018).

**MYK KLINICZNY NOWI ZNAJOMI**

Nałóg to nie tylko sama czynność spożywania substancji. Przestaniesz pić? Nagle zorientujesz się, że masz olbrzymią ilość nowego wolnego czasu. Musisz znaleźć sobie nowe zajęcie, nowych znajomych, nowe cele w życiu, nowe zainteresowania i zamierzenia. Okazuje się, że w twoim życiu powstało dużo luk, które wcześniej znakomicie organizowało twoje uzależnienie. Dlatego tak łatwo jest po prostu do niego wrócić.

RYCINA 3 Model uzależnienia pokazuje jak skomplikowane są relacje między biologią, społeczeństwem a czynnikami indywidualnymi w procesie wytworzenia się zależności od substancji lub zachowania szkodliwego dla pacjenta.







#### NOTA BENE

Jeśli „genetyka” czy „epigenetyka” to dla Ciebie czarna magia, zajrzyj do „Szybkiego przypomnienia z genetyki” na marginesie rozdziału o zaburzeniach psychotycznych.

## AETIOLOGIA

Każdy nałóg wytwarza się poprzez podobny proces. Po wielokrotnym wystawieniu się na działanie substancji lub zachowania, system nagrody w mózgu ulega uszkodzeniu. To właśnie on sprawia, że osoba chora kompulsywnie szuka kolejnych dawek narkotyku, traci kontrolę nad swoim zachowaniem i popada w sidła uzależnienia.

### Genetyka

Znakomita większość z nas (szacunki wahają się od 30 do 70%) posiada zmiany materiału genetycznego, które predysponują do popadania w nałogi (Clarke et al., 2013). Niektórzy po prostu są bardziej podatni na szybszą zmianę w układzie nagrody mózgu i wytworzenie patologicznych połączeń związanych z narkotykiem (Nestler, 2013). Istnieją również specyficzne mutacje genetyczne, jak na przykład OPRM-1. Ta rzutuje patologicznie na receptory  $\mu$  w mózgu. W przypadku chorych z taką mutacją nawet małe dawki heroiny czy kokainy (które łączą się z tym receptorem) spowodują wytworzenie się silnego uzależnienia. Sytuacje takie zdarzają się jednak nieczęsto, w mniej niż 1% populacji (Clarke et al., 2013).

Co ciekawe, bliźnięta bardzo rzadko chorują na uzależnienia same. Gdy jedno z rodzeństwa popada w nałóg, drugie bardzo często ma takie same problemy, nierzadko z tą samą substancją (Wilson and Crowe, 1991). Nawet osoby adoptowane od rodziców z nałogami, bez kontaktu ze swoimi biologicznymi stwórcami, mają większe szanse na wytworzenie uzależnienia (Agrawal and Lynskey, 2008). Mimo tego, szerokie studia genetyczne dalej nie są w stanie zidentyfikować konkretnych mutacji czy systemu dziedziczenia (poza rzadkimi wariantami opisanymi wyżej) (Hall et al., 2013). Dowody pokazują zatem, że posiadanie ojca czy matki z uzależnieniami nie determinuje w żaden sposób późniejszego rozwoju dziecka (Agrawal and Lynskey, 2008). Czynniki takie jak wychowanie, wiek, płeć, systemem wartości i środowisko mogą mieć większy wpływ niż genetyczne predyspozycje.

### Epigenetyka

Interesujące światło na tę sprawę rzucają zmiany epigenetyczne, a więc takie, które regulują geny już odziedziczone (coś w rodzaju kucharek, które w otrzymanym już przepisie dodają swoje własne modyfikacje). Na przykład, zmiany w delta-FosB ( $\Delta$ FosB) obserwuje się u właściwie każdej osoby uzależnionej (Nestler, 2013), tak jak podobne regulatory cAMP, czy nuclear factor  $\kappa$ B (NF $\kappa$ B). Czym są te skomplikowane brzmiące czynniki?  $\Delta$ FosB, podobnie do innych ww. substancji, jest niejako strażnikiem dobrej zabawy. Pilnuje, aby naturalne skłonności naszego mózgu czy odzie-

dziczone genetycznie predyspozycje do uzależnienia nie wychodziły poza granice zdrowego rozsądku. W przypadku choroby, używka atakuje ten proces. System nagrody bierze jako swojego zakładnika i terroryzuje mózg przez strukturę zwaną *nucleus accumbens* – bramę do układu nagrody. Od tej pory nie ma już limitów, a biedny  $\Delta$ FosB nie daje sobie rady z utrzymaniem systemu w ryzach (Nestler, 2008). Dlatego właśnie u wielu ludzi obserwuje się współuzależnienia (Olsen, 2011). Na przykład, u myszy, po indukowanym uzależnieniu od amfetaminy, wytwarza się uzależnienie od seksu (Fiorino and Phillips, 1999). Znamy również inne procesy epigenetyczne, takie jak modyfikacje histonów, metylacje DNA i regulacje mikro RNA (Nestler, 2014). Ich dokładny wpływ na niezwykle fascynujący proces nagrody i zadowolenia pozostaje niezbadany.

### Konektomia

Gdy używka przechwyci już kontrolę nad mechanizmem nagrody, w mózgu zaczynają wytwarzać się bardziej permanentne zmiany w sieciach pamięci, emocji i przetwarzania informacji o zewnętrznym świecie (Ryc.4) (Hyman et al., 2006; Mews and Calipari, 2017; Nestler, 2013, 2008; Olsen, 2011).

## 1. LINIA NAGRODY

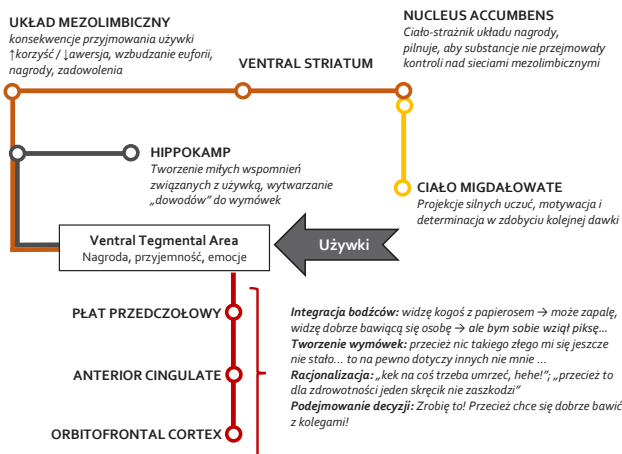
Miejscem, w którym startuje ta sieć, a co za tym idzie neurony wydzielające dopaminę („*hormon nagrody*”) jest Ventral Tegmental Area (VTA). Tu również znajdują się neurony GABA i kwasu glutaminowego (przekazników pobudzenia i pamięci) (Pierce and Kumaresan, 2006). Na tym przystanku (choć w różnym stopniu i w różny sposób) wsiadają heroina, kokaina, alkohol, opioidy (morfina, fentanyl), nikotyna, kanabinoidy (marihuana), amfetaminy (kofeina, ecstasy, mefedron) i wiele, wiele innych.

VTA aktywuje się też przy innych używkach, np. podczas spożywania wysokiej ilości cukru, tłuszczu, uprawiania hazardu lub seksu. Połączenia te idą dalej przez trakt mezolimbiczny do ventral striatum, w którym znajduje się nucleus accumbens: ciało-strażnik zabawy naszego układu. W tym miejscu znaleźć można opisane wcześniej czynniki epigenetyczne,  $\Delta$ FosB, regulatory cAMP i NF $\kappa$ B. Oprócz zwiększania korzyści uzyskiwanej z używek, otępiają one awersję. Przez to narkotyk lub zachowanie nie „*nudzą się*” ani nie „*przejadają*”. Nucleus accumbens otrzymuje również wsparcie od innej odnogi **sieci motywacji**: basolateral amygdala (ciała migdałowatego, które dobrze poznaliśmy w rozdziale o zaburzeniach lękowych). Dzięki temu, motywacja sięgnięcia po kolejną dawkę staje się większa. Nietrudno jest sobie wyobrazić, że taki układ bardzo szybko spowoduje wynaturzenia w zachowaniu człowieka. Jeśli



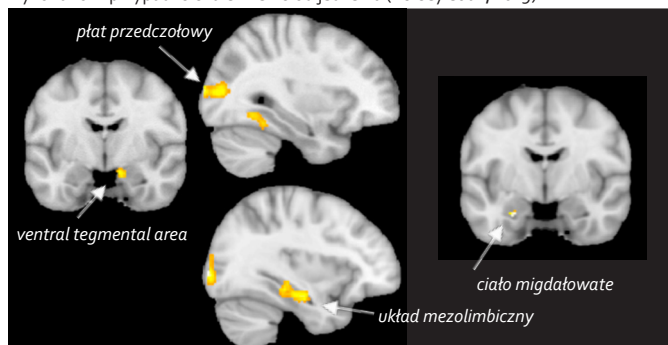
#### NOTA BENE

cAMP to jeden z kluczowych związków w systemie sygnalizacji komórkowej. Jest czymś w rodzaju kuriera między różnymi białkami. NF $\kappa$ B to strażnik-bibliotekarz: pilnuje komu wolno przepisywać DNA.



## RYCINA 4

Orientacyjne przedstawienie sieci uwikłanych w wytwarzanie uzależnienia. Poniżej skany mózgu (MRI) przedstawiające te sieci w planie anatomicznym. Obrazowanie wykonano w przypadku uzależnieniu od jedzenia (Pursey et al., 2019).



nagroda na jedną substancję jest już patologiczna, to i na inne rzeczy, które sprawiają przyjemność, będziemy reagować bardziej nienormalnie.

## 2. LINIA PAMIĘCI

Ważną odnogą od VTA jest połączenie do hipokampu. Ten obszar mózgu odpowiada za kodowanie nowych informacji i tworzenie pamięci o uzależnieniach. To właśnie tutaj zapisują się miłe wspomnienia związane z czynnością palenia papierosa, dobre chwile z techno rave'a na piksie czy mina kolegów, gdy pokazaliśmy im wygrane w zakładach peruwiańskiej ligi piłki nożnej.

Te wspomnienia będą potrzebne do udowodnienia sobie, że uzależnienie to nic złego, a korzyści wynikają nie tylko z samej używki, ale i z całego rytuału związanego z jej przyjmowaniem.

## 3. LINIA PODEJMOWANIA DECYZJI

Ostatnią umówioną tutaj siecią jest połączenie z VTA do płata przedczołowego, w obiegu anterior cingulate cortex i orbitofrontal cortex. To tutaj zachodzi integracja informacji zewnętrznych i podejmowanie decyzji. „Widzę, że ktoś pali papierosa... a, z chęcią też bym sobie zapalił” – mówi anterior cingulate cortex. W rzuceniu nałogu te ciała będą niezwykle ważne. To właśnie tutaj wyższy, społeczny mózg podejmie decyzję, że nie warto jest sięgnąć po kolejny kieliszek wódki, jeśli spowoduje to straty finansowe i rodzinne. W ten sposób, płata przedczołowy przewycięży tyranie dopaminowej metody podejmowania decyzji (więcej o tym w rozdziale o zaburzeniach limbicznych).

## PORADNIK ĆPUNA I ALKOHOLIKA

Poniżej przedstawiam krótki katalog znanych ludzkości używek chemicznych. Więcej aktualnych informacji i źródeł można znaleźć na [narkomania.org.pl](http://narkomania.org.pl) oraz [drugsand.me](http://drugsand.me) (po angielsku).

## F10 ALKOHOL

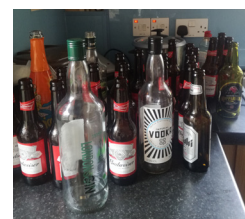
**Gdzie można to dostać?** Alkohol etylowy (etanol) działa na receptory GABA<sub>A</sub>, jest depresantem i trankwilizatorem. Powoduje również odhamo-

wanie płata przedczołowego (większą pewnością siebie, mniejszą kontrolę nad swoim zachowaniem). Sprzedaż etanolu jest legalna w Polsce. Zasadniczo może go kupić każda osoba powyżej 18 roku życia. Najczęściej w formie piwa, wina, wódki i mieszanych napojów „wysokoprocentowych”. **Działanie alkoholu etylowego** zaczyna się po ok. 45-60 minutach od konsumpcji. Następnie działa w organizmie przez 6-16 godzin. **Warto zaznaczyć, że posiadanie „mocnej głowy” nie rzutuje na okres usuwania substancji z organizmu.** Nawet jeśli nie czujesz się pijany lub myślisz, że wytrzeźwiałeś, proces eliminacji alkoholu (a więc to, co wykrywa alkomat) będzie podobny u większości ludzi.

**Konsekwencje chciane:** odhamowanie emocjonalne, większa pewność siebie, bycie prospołecznym, mniejsze kontrolowanie zachowania.

**Konsekwencje niechciane:** mniejsze kontrolowanie zachowania, zmniejszenie koordynacji ruchowej, brak wglądu we własne umiejętności psychoruchowe, znane: „Co? Ja tego nie zrobię? Potrzymaj mi piwo...” lub „Ja widzę drogę dobrze, mogę prowadzić!”, utrata przytomności, zatrucie. Do tego konsekwencje długotrwałe wymienione w podrozdziale o objawach.

**Uważaj na:** większość ostrych zatruc (popularny „kac”) bierze się z (1) nadmiernego spożycia alkoholu, (2) odwodnienia, (3) spadku glukozy w wyniku braku jedzenia, (4) braku minerałów, (5) spowolnionego metabolizmu usuwania alkoholu. Istnieją dowody na stosowanie kilku preparatów, które przeciwdziałają lub „leczą” kaca: bogaty w cukry ekstrakt *Acanthopanax senticosus*, napój z czerwonego żeń-szenia, sok z gruszki koreańskiej, przepis KSS (chiński), oraz lek *After-Effect* (Jayawardena et al., 2017). **Antykacowy ekstrakt możemy przygotować również sami:** butelka wody z kilkoma łyżeczkami cukru, oraz wybrany preparat z witaminami B6, B1, C, magnezem z olejem rybim. Taki skład da właściwości antyoksydacyjne, uzupełni braki witaminowe, i uśmierzy reakcję odpornościową (Verster & Berthélemy, 2012).



Alkohol etylowy można przyjmować w różnych postaciach i smakach. Niestety, pomimo postępów w higienie i medycynie doświadczalnej, dalej najlepszą formą prewencji kaca jest wybór tego pomarańczowego specyfiku. Fotografia z archiwum autora.



Przykład dziecka z Alkoholem Wzrostowym (Alkoholowym Zespołem Płodowym). Na zdjęciu widać charakterystyczny krótki zadarty nos, nieobecność filtrów i cienką górną wargę (Beattie et al., 1983). Reprodukowano z uprzejmą zgodą BMJ.



## NOTA BENE

Przyjmowanie alkoholu w ciąży i w okresie okołoporodowym może spowodować powstanie Alkoholowego Zespołu Płodowego (wyżej), a także szereg innych powikłań rozwojowych.





Czarna heroína (najsilniej zanieczyszczona wersja). W rzeczywistości bardzo rzadko występuje w tak czarnej postaci. Fotografia uprzejmie dostarczona przez fundację Wikimedia.



Pokazana na obrazku ilość karfentalnylu jest śmiertelna dla większości ludzi (2mg). Wiele osób umrze po wzięciu znacznie mniejszej dawki. Fotografia uprzejmie dostarczona przez fundację Wikimedia.



Fiolka z 10mg morfiny do wstrzykiwań. Taka dawka może bardzo dobrze uśmierzyc ból, ale nie wystarcza stałym użytkownikom. Fotografia uprzejmie dostarczona przez fundację Wikimedia.



Marihuana można dostać nawet w postaci ciasta. Podobne do tego wyżej spowodowało odurzenie pielęgniarek w szpitalu Warrington w hrabstwie Cheshire. Krewny pacjenta chciał w ten sposób podziękować za opiekę swojego kuzyna. Najwidoczniej myślał, że zabranie kawałka tortu z osiemnastki wnuczka będzie dobrym pomysłem...

## F11 OPIOIDY

**Gdzie można to dostać?** To substancje, które działają na receptory opioidowe w mózgu. Ich celem jest uśmierzanie bólu. Występują w kilku odmianach. *Brązowa heroína* ma postać proszku, czasem grudek w kolorze od żółtego do brązowego. *Biała heroína* zaś ma zwykle postać drobnego, białego proszku. *Czarna heroína* to silnie zanieczyszczona wersja (rzadko bywa czarna). *Morfina* dostępna jest na rynku medycznym na receptę lub w małych dawkach bez recepty (w formie *kodeiny*). Syntetyczne formy tego leku działają o wiele silniej. Jedynie 2 miligramy *fentanyl* są dawką śmiertelną. Inny syntetyk, *karfentanyl*, jest 10 000 razy silniejszy od morfiny i szybciej się wchłania. Drogi przyjmowania to wdychanie przez usta oparów z podgrzewanej folii aluminiowej, wciąganie przez słuzówki nosa czy iniekcje dożylnie.

**Heroína bardzo szybko przedostaje się do mózgu** i powoduje silne uczucie euforii, zwłaszcza w przypadku przewlekłego bólu. Tolerancja wytwarza się szybko: uzależnione osoby przyjmują heroinę nawet 4 razy dziennie, a u nowicjusza, może wystarczyć tylko raz na dobę. Istnieją znaczne różnice w starcie substancji: morfina działa po ok. 30 minutach po zażyciu, ale już karfentanyl prawie natychmiastowo.

**Konsekwencje chciane:** zwiększona wytrzymałość na ból, otępienie.

**Konsekwencje niechciane:** obniżenie ciśnienia, oddychania, omdlenia, uczucie słabości, zaparcia oraz kłopoty z oddaniem moczu, ogólne osłabienie organizmu i otępienie, impotencja, HIV, zapalenie wątroby, zespół odstawienia u dziecka urodzonego przez uzależnioną matkę, łatwe przedawkowanie.

**Uważaj na:** morfina działa na centra oddychania, więc przy przedawkowaniu może spowodować całkowitą depresję oddechu i uduszenie. Opioidy mają bardzo zaawansowane i uciążliwe konsekwencje odstawienia.

## F12 KANABINOIDY

**Gdzie można to dostać?** To grupa substancji, które działają na receptory kanabinoidowe w mózgu. Otrzymuje się je najczęściej z konopi *Cannabis sativa* lub syntetycznie. Dostępne formy to *marihuana* – susz z liści konopi, *haszysz / olej haszyszowy* – preparat z żywicy konopi, *kanabinoidy syntetyczne*, np. „Spice”, „K2”, „Mocarz”, „Mary Jane”, „Kasior”, „Afgan”, „Tajfun”, (czyli popularne „dopalacze”) etc. Dostępne preparaty to: *sativex* (i inne w sprayu, najmniej szkodliwa odmiana dostępna na receptę niektórych krajach), *vape’y* (czystsza alternatywa, ale kosztowniejsza z powodu na vaporiser), *skręty / papierosy* (najgroźniejsza, najbardziej powodująca nowotwory me-

todo, powoduje podobne zagrożenia jak palenie tytoniu, zwłaszcza, że dostępne na czarnym rynku mieszanki bardzo często ten tytoń mają). Niektórzy wolą preparaty doustne, dostępne w formie babeczek, ciasteczek lub innych potraw. **Działanie zależy od drogi przyjmowania.** Palenie – start po 2-10 min, trwanie efektów 2-8godzin. Przyjmowanie doustnie to start po 20-120 minutach (w zależności od zawartości żołądka), trwanie do 3-9 godzin.

**Konsekwencje chciane:** wokół marihuany wytworzyło się dużo fałszywych koncepcji (np. jako-by leczyła raka czy wspierała kreatywność, co jest nieprawdą - więcej o tym rozdziale o psychozie). Niemniej jednak, udowodniono jej działanie w niektórych formach epilepsji lekoopornej i w leczeniu nudności w chemioterapii nowotworów (Nutt, 2019). Dla użytkowników niemedycznych, zażycie marihuany wiąże się z uczuciem odprężenia, podwyższeniem wrażliwości zmysłów i zmiany poczucia czasu. Toteż najbardziej banalne rozmowy zaczynają wywoływać żywe zainteresowanie i śmiech. Dla osoby pod wpływem, nawet żarty autora potrafią być zabawne.

**Konsekwencje niechciane:** zacerwienie oczu, suchość w ustach, przyspieszenie tętna. W dłuższym okresie kanabinoidy wpływają niekorzystnie na pamięć, zdolności poznawcze, wzrok oraz powodują zaburzenia psychotyczne. Palenie uszkadza również płuca i powoduje zniszczenia organizmu z powodu na lokalne reakcje odpornościowe i tytoń.

**Uważaj na:** zespół antymotywacyjny (spadek energii i apatia), nagłe zmiany w kontroli zachowania (ludzie zazwyczaj nie są bardziej agresywni, ale mogą się mniej kontrolować), tymczasowe psychozy. Niektórzy, aby chronić swoje płuca, zażywają marihuana w postaci doustnej. Tu czai się jednak inne niebezpieczeństwo. Przyswajanie leku przez jelita jest dłuższe, więc użytkownik, myśląc, że mu nie „weszło”, zje jeszcze kilka dawek. Gdy te się zasymilują, może wystąpić nagły skok poziomu substancji we krwi i utrata kontroli nad zachowaniem.

## F13 HIPNOTYKI

**Gdzie można to dostać?** To grupa leków uspokajających i anksjolitycznych, szerzej umówiona w rozdziale o zaburzeniach lękowych. Większość dostępna jest na receptę, np. w postaci benzodiazepin (*xanax, lorazepam, diazepam*) lub barbituranów (*tiopental, luminal*). **Po zażyciu leku, efekt następuje prawie natychmiastowo.** Okres działania w organizmie różni się między preparatami: od kilku godzin do kilku dni.

**Konsekwencje chciane:** wzmocnienie leków przeciwbólowych, stan relaksacji, euforia podobna do sennego marzenia.



**Konsekwencje niechciane:** zmniejszona koordynacja ruchowa, obniżenie świadomości, otępienie, mowa bełkotliwa, pogorszenie zdolności podejmowania decyzji.

**Uważaj na:** znaczne otępienie organizmu, liczne restrykcje i ograniczenia w mieszaniu preparatów z innymi lekami. Niektóre barbiturany bardzo łatwo jest przedawkować, albowiem dawka terapeutyczna nie różni się dużo od śmiertelnej.

#### F14 KOKAINA, F15 INNE STYMULANTY

**Gdzie można to dostać?** To grupa substancji, które powodują stymulację układu nerwowego i ogólne pobudzenie psychoruchowe. W ICD-10 wyróżnia się osobno kokainę pod F14. Inne substancje z tej grupy diagnozuje się pod F15. *Kokaina* uzyskiwana jest z liści koki, przez co w Europie występuje w postaci wyjątkowo zanieczyszczonej. Dostępne preparaty to: *chlorowodorek kokainy* - biały proszek przyjmowany donosowo, *zasada kokainy* - podgrzewana na folii aluminiowej i przyjmowana przez inhalację, „*crack*” - kamyki/kuleczki - palone w specjalnych fajkach z najintensywniejszymi, ale i najkrótszymi objawami. Amfetamina dostępna jest też jako *meta-amfetamina* (kryształki) i bezpieczniejsze preparaty do kupienia w aptece (np. *metylfenidat*, *kofeina*). *Modafinil*, choć z innej klasy leków, jest również często używanym stymulantem. *MDMA* (3,4-metylenodioxymetamfetamina) najczęściej używana jest w postaci tabletek z różną zawartością innych substancji, np. *mefedronu*, *MDA*, *BDB*, *MBDB* czy bardziej toksycznego *PMMA*.

*Kokaina/amfetamina działają natychmiastowo.* Amfetamina jest silniejsza przy podaniu dożylnym. Ecstasy przyjmowana jest w dawce ekwiwalentu 75 do 200mg doustnie i zaczyna działać po ok. 40 minutach, z głównymi objawami po kolejnych 30. Całkowite działanie wygasa się po 4-6 godzin.

**Konsekwencje chciane:** kokaina/amfetamina: euforia, zmniejszenie objawów zmęczenia, silne pobudzenie psychoruchowe. Ecstasy dodatkowo powoduje działanie empatyczne i prospołeczne, otwartość i podniecenie seksualne.

**Konsekwencje niechciane:** kokaina: Zaburzenia akcji serca, drżenie mięśniowe, przegrzanie się, anhedonia „dołek/kac” po zakończonym działaniu. Amfetamina dodatkowo może powodować jadłowstręt i suchość w ustach. Wszystkie mogą tworzyć zwiększenie popędu seksualnego z jednoczesnym osłabieniem erekcji. Ecstasy dodatkowo wywołuje podniesioną temperaturę i brak chęci picia. Bardzo często występują również kołatanie serca, szczykościsk, nudności, wymioty, i nagłe uderzenia krwi do głowy, znaczne ograniczenie wglądu we własne działanie.

**Uważaj na:** martwicę i uszkodzenie przegrody nosa, psychozę kokainową; często mogą występować halucynacje organizmów żerujących na skórze (larwy, robaki, owady, pasożyty). Zwiększa się też ryzyko infekcji wątroby przy dzieleniu się fajką do palenia *crack cocaine*. Amfetamina powoduje nieodwracalne zmiany w mózgu w systemie dopaminowym. Ecstasy może wywołać śmierć przez nadmierne przegrzanie organizmu.

#### F16 PROPSYCHOTYKI

**Gdzie można to dostać?** To grupa substancji halucynogennych, które wytwarzają stany podobne jak w psychozie. *LSD* („*kwas*”) występuje w postaci kolorowych papierowo-kartonowych znaczków, które ssie się, żuje lub wkłada pod język. Pochodne występują w postaci grzybów halucynogennych takie jak z grupy *psilocyble*, *muchomor czerwony*. Inne rośliny również wywołują halucynacje, np. *szalwia wieszcza*, *ayahuasca* i *bieluń dziedzierzawa*. Pierwsze objawy zaczynają się po 15-30 minutach. i szczytują do 2 godzin od przyjęcia substancji. Całość trwa do 12 godzin.

**Konsekwencje chciane:** wycieczki urojeń i halucynacji, widzenie w żywych i jaskrawych kolorach, dziwaczne myśli, uczucie popuszczenia ciała, zniekształcenia rzeczywistości.

**Konsekwencje niechciane:** przeżywanie ekstremalnych emocji, bezsenność, podatność na sugestie, zawroty głowy, zmiana postrzegania czasu, „*bad tripy*” czyli obrazy przeraźliwe, lęki, złość, ataki paniki.

**Uważaj na:** w niektórych wypadkach występują flashbaki (przypołania złych wspomnień z „*bad tripa*”), różnica między psychozą a rzeczywistością może z czasem się zacierać w stopniu permanentnym, wtedy taki delikwent zaczyna chorować na PPD.

#### F18 ROZPUSZCZALNIKI WZIEWNE

**Gdzie można to dostać?** To różne substancje lotne, które przenikają do komórek nerwowych po wciągnięciu ich nosem. Przykładowymi używkami są *toluen*, *trójchloroetylen* (rozpuszczalniki), *podtlenek azotu* („gaz rozweselający”), *halotan* (i inne gazy używane w znieczuleniach). **Większość substancji bardzo szybko przenika do mózgu.** Efekty działania ustają krótko po zakończeniu inhalacji.

**Konsekwencje chciane:** oszołomienie, odebranie od rzeczywistości, halucynacje, zwiększenie wrażliwości na przeżycia „metafizyczne”.

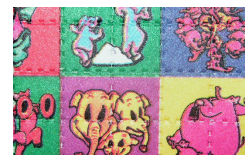
**Konsekwencje niechciane:** zaburzenia postrzegania i psychiki (różne), demencja, trudności w zapamiętywaniu, uczeniu się, skupieniu się, problemy z dostosowaniem się do życia społecznego



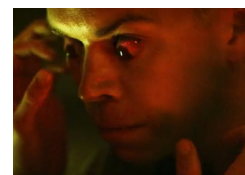
„Kreski” kokainy przygotowane do wciągnięcia na lustrze. Banknoty i karty kredytowe mogą być wyjątkowo pomocne w preparacji. Fotografia uprzejmie dostarczona przez fundację Wikimedia.



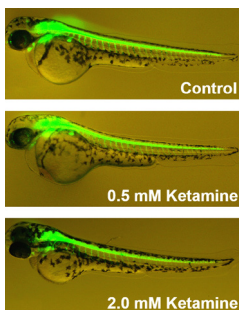
Kamyki crack cocaine, najintensywniejszej formy kokainy. Fotografia uprzejmie dostarczona przez fundację Wikimedia.



Znaczki LSD. Zazwyczaj bierze się je pod język, ssie lub żuje. Fotografia uprzejmie dostarczona przez fundację Wikimedia.



Colin, grany przez Willa Poultera twórca gier, podczas sesji „wydobycia” głównego bohatera, Stefana (Fionna Whiteheada) z dziury. W wyniku halucynacji, skacze ze swojego mieszkania na londyńskim Barbakanie. Wzięcie LSD posłuży później do potęgowania u Stefana paranoi w jego pierwszej psychozie z PPD. Urojenia kontroli, wycieczki myślowe i zmagania z chorobą zostały mistrzowsko ukazane w odcinku *Bandersnatch* reż. Davida Slade’a i pióra Charliego Brookera (Netflix).



Efekty działania ketaminy na znaną rybkę akwariową Danio. Układ nerwowy zaznaczony jest na fluorescencyjny zielony. Od góry: normalna rybka, rybka karmiona 0.5mM ketaminy i rybka karmiona 2.0mM ketaminy. Zniszczenia nerwów widoczne są goym okiem (Kanugo et al., 2013). Fotografia uprzejmie dostarczona przez FDA.



Ketamina jest również z powodzeniem stosowana w anestezjologii. W wielu przypadkach może ratować życie, np. jako część mieszanki z propofolem jest świetnym czynnikiem znieczulającym w chirurgii urazowej na polu walki i w medycynie wojskowej. Fotografia uprzejmie dostarczona przez fundację Wikimedia.

**Uważaj na:** permanentne zniszczenie mózgu, uszkodzenia wątroby, nerek, martwicę śluzówek, gardła, tchawicy, oskrzeli, tkanek płuc. Wdychanie bardzo często odbywa się w zamkniętym obiegu, np. przez foliową torbę, co powoduje ryzyko uduszenia się.

## F19 KETAMINA

**Gdzie można to dostać?** To używany w anaestezjologii dodatek do znieczulenia, który również stosuje się jako popularny rekreacyjny narkotyk. Wciąganie nosem jest częstym sposobem przyjmowania ketaminy, ale znaleźć można również preparaty doustne. Zjedzenie zawiniętej w pergamin papierosowy „bomby” daje dłuższe doznania, mimo odroczonego momentu „wejścia” objawów. Niektórzy wcierają ketaminę w dziąsła (wiele osób mówi, że smak leku jest bardzo odpychający). Oczywiście, można ją również wstrzykiwać. **Trwanie objawów zależy od metody przyjęcia:** wciąganie to start w 5-15 minut, trwanie przez 40-60 minut, do 3 godzin. Doustnie, start opóźniony do 10 minut, działanie do 30 minut dłużej od wciąganej. Ketamina wstrzykiwana „wchodzi” po 5 minutach, a jej działanie trwa 60-120minut, do 4 godzin.

**Konsekwencje chciane:** wzrost energii, euforia, uczucie uspokojenia i podatność na „doznania metafizyczne”, zwiększenie połączenia z osobami lub obiektami, halucynacje, wzmocnienie leków przeciwbólowych

**Konsekwencje niechciane:** utrata lub zaburzenia zmysłów, eksterioryzacja („k-hole” może wytworzyć stan podobny do doświadczeń bliskich śmierci), zmiana postrzegania czasu, mowa bełkotliwa, utrata przytomności, zapaść serca i oddychania. Ketamina ma również bardzo uciążliwego „kaca”: utrata pamięci, rozbicie emocjonalne, psychoza, wymioty i nudności, napady strachu, utrata kontroli, depersonalizacja.

**Uważaj na:** martwicę tkanki nosowej, dziąseł i ust (w zależności od przyjmowania), utratę przytomności, zachowania poza kontrolą oraz silne zaburzenia pamięci długo i krótkotrwałe.

## F19 GHB

**Gdzie można to dostać?** Bardzo często mówi się o tym „tabletką gwałtu”, albowiem powoduje silne działanie obездwładniające ruchowo, senność i utratę pamięci. Dodatkowo jest płynną substancją bez smaku i zapachu i bardzo dobrze miesza się z wodą, sokami i alkoholem. GHB występuje w formie płynów, proszków i tabletek. Popularne jest mieszanie go z benzodiazepinami, np. flunitrazepamem (10x silniejszy od diazepamu), aby wywołać jeszcze lepszy efekt znieczulający. GHB mieszany z sildanefilem i kofeiną jest częstym lekiem stosowanym w chemsex (seksie chemicznym).

**Start następuje w ciągu 15-20 minut**, działanie przez 3-4 godzin (może być dłużej przy większych dawkach). Wykrycie GHB we krwi jest praktycznie niemożliwe.

**Konsekwencje chciane:** relaks, euforia, senność, mniejsze zahamowanie w kontaktach z innymi i zachowaniu, trudności w koordynacji, mowa bełkotliwa,

**Konsekwencje niechciane:** wszystkie wyżej wymienione efekty mogą być niechciane, w zależności od kontekstu sytuacyjnego. GHB wywołuje również „kaca”: nudności, wymioty (te mogą spowodować obstrukcję układu oddechowego i śmierć), zawroty i bóle głowy, trudności w utrzymaniu moczu, zaburzenia świadomości, zaburzenia pamięci.

**Uważaj na:** przegrzanie w mieszankach z innymi lekami, konsekwencje innych leków, odwodnienie, utratę przytomności, przedawkowanie ze śmiertelnym skutkiem (różnica między dawką zalecaną a śmiertelną jest mała), śpiączkę, zapaść oddechową i śmierć.

## Chemsex

To metoda uprawiania seksu pod wpływem substancji psychoaktywnych. Bardzo często używa się do tego mieszanek GHB, flunitrazepamu, ketaminy i wodzianu chloralu (w różnych koncentracjach i kombinacjach, do smaku). Inną popularną mieszanką jest „sextasy” czyli LSD (lub MDMA), ketamina, kofeina i sildanefil.

Dlaczego taka a nie inna mieszanka? Substancje stymulujące bardzo często powodują zwiększenie chęci na seks przy jednoczesnej impotencji i braku koordynacji. Aby przeciwdziałać tym efektom ubocznym, wprowadza się do mieszanek kofeinę i sildanefil.

Chemsex zaczyna się najczęściej w piątek i trwa nieustannie przez cały weekend. Nierządkiem wiąże się to ze zmieniającymi się partnerami, pozyskiwanymi z portali społecznościowych np. Tinder i Girndr, przy głośnej muzyce, w charakterze imprezy. W niedzielę wieczorem, organizm partycypantów jest wycieńczony, a przede wszystkim odwodniony przez nadmierne przegrzewanie się związane z, np. MDMA. Może to spowodować potrzebę natychmiastowej hospitalizacji. Na szczęście populacja użytkowników tej formy rozrywki jest raczej młoda, więc ich organizmy mogą wytrzymać dużo.

Groźnym elementem tej wytrzymałości jest jednak fakt, że gdy mechanizmy kompensacyjne wyczerpią się, młoda osoba o wiele szybciej „stacza się z klifu”, a mechanizmy fizjologiczne psują się wszystkie na raz, tworząc poważne zagrożenie dla życia.

## MYK KLINICZNY PORWANIE, SEDACJA, GWAŁT

KSR (z ang. kidnap, sedate, rape: porwaj, znieczul, zgwałć). To metoda uprawiania Chemsex (niestety czasami bez zgody partnera). Lekarze są szczególnie podatni na tę pokusę, albowiem mają dobry dostęp do leków stosowanych w mieszankach KSR: propofolu + vecuronium (lub inny paralizator mięśni np. suxamethonium o mniejszym czasie półtrwania) + GHB.

## OBJAWY PRZYJMOWANIA SUBSTANCJI

W przypadku alkoholizmu, objawy biorą się z aktywnego działania etanolu lub z deficytów wynikających z braku jedzenia (kalorie dostarczane w alkoholu wystarczają).

### Neurologiczne

- Choroba Wernickego / Korsakoffa,
- Uszkodzenie nerwów w kończynach,
- Napady (Ataki),
- Demencja,
- Halucynacje i psychoza,
- Patologiczna zazdrość.

### Gastrologiczne

- Zapalenie żołądka,
- Wymiotowanie krwią,
- Wrzody dwunastnicy,
- Urazy jelit,
- Niedobory witamin i minerałów,
- Zapalenie trzustki,
- Nowotwory ust, gardła, przełyku i wątroby,
- Marskość wątroby,
- Otyłość.

### Sercowo-naczyniowe

- Nadciśnienie,
- Uszkodzenie mięśnia sercowego,

### Urologiczne

- Zaburzenia erekcji,
- Dysfunkcje produkcji plemników,
- Bezpłodność,
- Uszkodzenie jąder

### Metaboliczne

- Refeeding syndrome (ponownego odżywienia)
- Pseudo syndrom Cushinga,
- Ostra niewydolność nerek.

## KOMPLIKACJE WSTRZYKIWANIA

- Ropień w miejscu wstrzykiwania,
- Zapalenie skóry (cellulitis),
- Zakrzepica żył głębokich,
- Martwica tkanki przy wstrzykiwaniu,
- Zatory powodujące gangrenę,
- Amputacje kończyn,

- Większe ryzyko przedawkowania (mniej kontroli niż doustnie),

- Infekcje: wirusowe zapalenie wątroby typu B, C, HIV, syfilis,

- Zapalenie wsierdza (wegetacje na zastawkach),

- Sepsa z powodu bakterii zewnętrznych lub rozrzutu miejscowych infekcji.

### KOMPLIKACJE PALENIA

- Ostre zatrucia,
- Udary mózgu, zawały serca,
- Nowotwory krtani, płuc, ust i nosa,
- Częste infekcje dróg oddechowych,
- Zgaga,
- Rozedma płuc,
- Przewlekłe stany zapalne, niegojenie się ran,
- Mniejsza potencja seksualna i płodność.

## DIAGNOZA

Jeśli chodzi o formalną diagnozę, ICD-10 rozrzuca uzależnienia po kilku kategoriach. Standardowe substancje klasyfikuje się of F10 do F19 (jak wyżej). Następnie dobiera się podgrupę w zależności od stanu osoby chorej. W miejsce X wstawia się odpowiednią cyfrę od 0 do 9. Na przykład osoba posiadająca „bad trip” w LSD będzie klasyfikowana jako F16.0, a osoba z zespołem antymotywowacyjnym po MDMA F15.3.

**F1x.0 W ostrej intoksykacji** (np. osoba pijana w alkoholu, „bad trip” w LSD, ekstaza w MDMA, trankwilizacja benzodiazepinami).

**F1x.1 Szkodliwe dla zdrowia użycie** (np. epizody depresyjne po dużym spożyciu alkoholu lub infekcja wątroby przez wstrzykiwanie).

**F1x.2 Syndrom uzależnienia** (gdy występują obserwowalne zmiany w zachowaniu, kompulsywna chęć sięgnięcia po więcej i duży głód nałogowy).

**F1x.3 Zespół wycofania** (objawy różne)

**F1x.4 Zespół wycofania powikłany delirium** (więcej o tym w pierwszej pomocy)

**F1x.5 Powikłanie psychozą** (halucynacje, urojenia, zaburzenia percepcji, podekscytowanie lub stupor, niestabilność emocjonalna).

**F1x.6 Amnezja** (utrata pamięci, w tym zespół Korsakoffa).

Gdzie indziej w ICD-10 widnieją uzależnienia od:

### F63.0 Hazardu

**F55.0 Jedzenia** (nie mylić z *bulimią nervosą*, zaburzeniem jedzenia) w szczególności suplementów diety, witamin, hormonów.

## MYK KLINICZNY MECHANICZNA WENTYLACJA



Gdy zażywany jest narkotyk paraliżujący mięśnie lub powodujący depresję oddechową, warto jest mieć przy sobie AmbuBag lub inną maskę z workiem samospężalnym. Pomoże ona wentylować pacjenta dopóki nie odzyska przytomności i sam nie będzie w stanie chronić swoich dróg oddechowych. Stare powiedzenie anaestezjologów: *pacjenci umierają nie przez nieudaną intubację, ale nieudolną wentylację!*

## MYK KLINICZNY POWOJENNE CUKIERKI



Zespół ponownego odżywienia (refeeding syndrome) został odkryty, gdy żołnierze z obozów jenieckich umierali po podaniu im posiłku. Dostawa cukru (glukozy) w wygłodzonym organizmie powoduje chęć wepchnięcia jej do komórek. Enzym, który do tego służy (glukoza-6-fosfataza) potrzebuje fosforu, a nagły wzrost zużycia tego elementu (spadek we krwi) może spowodować śmierć.

## MYK KLINICZNY ROZPOZNIANIE RÓŻNICOWE



Zanim stwierdzisz, że pacjent jest uzależniony z przyczyn społecznych, sprawdź inne rozpoznania różnicowe, na przykład: epizod maniackalny w dyskonectomii afektywnej może charakteryzować się nadużywaniem substancji lub nadmiernym wydawaniem pieniędzy, a epizody psychotyczne w PPD mogą być uśmierzane alkoholem. Niektóre nowotwory lub zapalenia też mogą się tak objawiać!



## MYK NAUKOWY TWOJA BABCIA TO ĆPUNKA



Wiele osób mówi, że od opioidów „łatwiej się uzależnia”. Zależy to jednak w dużej mierze od sytuacji. Starszym paniom podaje się duże dawki morfiny lub ketaminy do znieczulenia przy wymianie kolana, a czy szukają później dilerów po wyjściu ze szpitala?

## MYK KLINICZNY JA NIE MIAŁAM KACA PO KETAMINE.....



Podane w poradniku efekty uboczne i konsekwencje niechciane nie występują zawsze. Mogą pojawić się zawsze, raz lub nigdy (w zależności od prawdopodobieństwa wystąpienia).

Nie wierz mi też na słowo; efekty uboczne napisane tutaj zgłaszane były przez samych użytkowników.

## MYK NAUKOWY WIETNAMSKA HODOWLA



Wiele osób również mówiło, że po wojnie w Wietnamie, armia USA będzie miała do czynienia z tabunem uzależnionych od heroiny (wstrzykiwanie jej było popularne w azjatyckich dżunglach). Jak się okazało, powrót do domu, kochającej rodziny i dobrej pracy był po prostu wystarczającą alternatywą. Żołnierze nie potrzebowali już ukajać swoich nerwów heroiną, więc też ich uzależnienie się „rozwiązało”. W momencie wsiadania do samolotu powrotnego, 97% żołnierzy było uzależnionych. Po roku, pozytywną próbkę moczu miało 0.7% (Robins et al., 1974).

### Niesklasyfikowane w ICD-10 uzależnienia od:

#### FX Zakupów

#### FX Stosunków i zachowań seksualnych

#### FX Użycia pornografii

#### FX Gier komputerowych

#### FX Użycia Internetu i sieci społecznościowych

#### FX Ćwiczeń fizycznych i kulturystyki (nie mylić z kompulsywnymi ćwiczeniami w zaburzeniach jedzenia)

#### Zbieranie wywiadu

Oprócz pozyskania informacji dotyczącej konkretnego leku, substancji lub zachowania, pamiętaj, aby określić:

1. Charakterystykę użycia (co? jak? ile? często?),
2. Efekty uboczne i wpływ na życie rodzinne, społeczne, zawodowe,
3. Przyczyny użycia (dlaczego tego używasz?, np. biorę gdy odczuwam smutek, halucynacje, stres; zawsze biorę na imprezach, w towarzystwie X, na okoliczności specjalne: chrzciny, święta, komunie),
4. Wybadaj również, jak daleko na „moście” lub w „cyklu” rzucenia znajduje się pacjent (Ryc.1).

#### Przykład rozmowy:

– Chciałbym cię lepiej zrozumieć. Powiedz mi, jak wygląda palenie marihuany u Ciebie [otwarte]?

– Palę okazjonalnie. Mogę przestać w każdej chwili.

– Co masz na myśli, mówiąc „okazjonalnie”? [klaryfikacja, obliczenie]

– Trzy, może cztery razy w ciągu miesiąca. Zazwyczaj wypalę na jeden raz dziesięć jointów... a niektórzy palą o wiele więcej!

– Masz rację [rozumiem cię, nie osądzam]. Jednak to Ty jesteś dla mnie najważniejszy, dlatego pytam jak Ty się z tym czujesz [pokazanie zrozumienia, troski + nieco ciszy].

– Dziewczyna mówi mi, że mam przestać. Grozi, że zerwie ze mną i zabierze dwójkę dzieci ze sobą. Mam problemy w pracy: ze skupieniem, często zapominałam o rzeczach i nie pamiętam, gdzie co zostawiłam. Ale zawsze byłem nieco rozkojarzony...

– To, o czym mówisz jest bardzo częste wśród palaczy marihuany [normalizacja, nie jesteś sam]. Również masz rację [utwierdzenie], że objawy, o których mówisz mogą wynikać z palenia. Mogę zapytać się, dlaczego zatem palisz?

– Dobre pytanie. Na co dzień nie mam jakiegokolwiek głodu. Ale czasami po prostu chciałbym się wyciszyć, spotkać się z kolegami i nawiązać kontakt z kimś. A jak przyjdę o suchym pysku to rozmowa się

nie klei... trochę ziółka i wszyscy jesteśmy dobrymi przyjaciółmi, masakrycznie się zgrywamy i uspołeczniamy. Po ziole jeszcze tak dobrze mi się rysuje i mam świetne pomysły...

– Czyli palisz marihuanę głównie jak jesteś w towarzystwie kolegów i po to, aby uzyskać kreatywne pomysły [klaryfikacja, pokazuję, że słucham]?

– Tak. Można tak powiedzieć.

– A myślałeś o tym, żeby ograniczyć palenie? [gdzie na „moście” znajduje się chory].

– Tak. Kilka razy... ale na razie nie będę tego robił [początek lub prekontemplacja wg cyklu].

– Dlaczego [klaryfikacja, zmuszenie do myślenia]?

– Bardzo lubię mój stan kreatywny i lubię moich kolegów. Nie oddałbym tego.

– Myślisz, że ta kreatywność przydaje ci się w życiu [wyjaśnienie: czy naprawdę wierzysz w coś, co nie jest prawdą]?

– Hmm... w sumie nigdy nie wykorzystałem żadnego z tych pomysłów. W pracy jakoś nie przerażają się w nic konkretnego. Ale kolegów lubię.

– Rozumiem. Cieszę się, że zauważyłeś, że ta kreatywność jest raczej sztuczna i mało produktywna [utwierdzenie, pochwała dobrych zachowań]. To, co mówisz potwierdzają również badania naukowe. Myślałeś o jakiejś alternatywie [pytania o substytucję korzyści z narkotyku]?

– Jeszcze nie...

– W porządku. Możemy razem pomyśleć o tym za chwilę [zaproszenie do rozmowy o leczeniu].

#### Przydatne pytania w ocenie objawów:

– Czy musisz częściej używać heroiny, aby uzyskać ten sam stan [tolerancja]?

– Jak czujesz się, gdy nie grasz na komputerze przez dłuższy czas? Jak czujesz się z samego rana? Co się dzieje, gdy przestajesz palić [odstawienie]?

– Czy masz uczucie desperackiej chęci wyjścia na zakupy [głód]? Tak, że nie możesz się powstrzymać przed wydawaniem pieniędzy [przykład]?

– Czy masz problemy z ograniczeniem alkoholu, jak już zaczniesz pić [kontrola]?

– Czy czujesz, że bierzesz MDMA zawsze w określonych sytuacjach [sytuacyjność, stereotypy]?

– Jakie są najlepsze rzeczy w paleniu marihuany? A czego najbardziej nie lubisz [korzyści/straty]? Czy myślisz, że działa to negatywnie na Twoje zdrowie? Boisz się, tego?

Następnie warto określić zażywanie innych substancji, plany (w kontekście uzależnienia) oraz skuteczne lub nie strategie z przeszłości.

## LECZENIE

Niezależnie od jakiej substancji lub zachowania uzależniony jest pacjent, ogólne zasady leczenia obowiązują w każdym przypadku. Powinny być one stosowane obok jakichkolwiek terapii medycznych.

### 10 sposobów na porażkę w leczeniu uzależnień

**1. Pouczaj i edukuj pacjentów.** Chory na pewno nie zdaje sobie sprawy, że branie narkotyków jest złe. Z pewnością będziesz pierwszą osobą, która mu powie, że dwadzieścia osiem piw dziennie to za dużo. Z chęcią wysłucha twojego wykładu i nie powie „*Jesteś taki jak wszyscy inni...*”. Nie ma co go zaskakiwać z otwartym i nieosądzającym podejściem.

**2. Jedna rozmowa wszystko załatwi.** Po wysłuchaniu twojego wykładu, chory na pewno natychmiastowo się nawróci! Trzeba mu tylko dogłębnie wykazać, gdzie się mylił.

- *Dzisiaj wyleczyłem pacjentkę z uzależnienia moją nową metodą!*
- *Rozumiem, a skąd Pan wie, że ją Pan wyleczył?*
- *A bo już do mnie drugi raz nie przyszła.*

*psychiatra z Zielonej Góry*

Do tego dobre jest stawianie sobie nierealistycznych celów, mało konkretnych planów leczenia i nadziei, że wszystko będzie dobrze, jeśli się tylko pacjentowi powie „*nie pal!*”.

**3. Nie słuchaj. I tak wiesz, co mu przepisać.** Czy to ważne, dlaczego ktoś był uzależniony i jakie ma problemy w życiu? Przecież upił się w sztok i go i tak unieruchomisz na oddziale z kropłówką. Bez sensu czas tracić.

**4. Wywiad zbieraj inwazyjnie i bezkompromisowo.** Przecież pacjent musi zrozumieć, że to w jego interesie! A jak nie powie, to jego problem... przejdź od razu do (5). Przykład złej rozmowy:

- *Przepisałem Ci leki, które mogą wpływać na działanie innych substancji. Czy przyjmujesz jakieś obecnie?*
- *Yyy... nie.*
- *Rozumiem, może się nieprecyzyjnie wyraziłem, przepraszam, lek może wpływać na pochodne amfetaminy, np. MDMA. Ludzie bardzo często biorą to na koncertach, czy Tobie też się to zdarzyło.*
- *Tak.*
- *Chciałabyś o tym porozmawiać?*

A w ogóle najlepiej jest unikać tego tematu. Przecież można wszystko rozpoznać po (5).

**5. Zakładaj wszystko, przecież „widać”, że to ćpun czy alkoholik.** Na przykład, wszyscy wiemy, że starsze uroczce Panie nigdy nie piją alkoholu. Tak samo nie można się dostać do żyły bez zostawiania ogromnych śladów. Przystojni i uprzejmi panowie w garniturach nigdy nie używają kokainy i przecież nikt nigdy nie będzie sobie wstrzykiwał heroiny do żyły w oku.

**6. Moralnie się oburzaj.** Pamiętaj, jesteś profesjonalistką służby zdrowia! Pacjenci oczekują od ciebie etycznej i obyczajowej wyższości. Pokazuj, jak bardzo jesteś zniesmaczona i zaszokowana: potrząśnij głową, wstrzymuj oddech, odwracaj wzrok, wywracaj oczami, unosz ręce w górę i obficie komentuj zachowania pacjenta.

**7. Udawaj, że wszystko rozumiesz.** Przecież nie możesz wyjść przed pacjentem na idiotę. Nie sprawdzaj leczenia w literaturze, nie proś o wyjaśnienie slangu, nie klaryfikuj, ile to znaczy „piję okazjonalnie” lub „palę marihuanę naprawdę sporadycznie”.

**8. Pokaż empatię poprzez narzucanie swoich rozwiązań.** „*Palisz ziółko? Mmm dobre jest, co? Ja też lubię sobie czasami zapalić.*” lub „*Kiedyś też byłam uzależniona od kokainy i to jest właśnie zrobiłam XYZ*”. Każdy pacjent będzie przeszcześliwy, a Izba Lekarska to już w ogóle.

**9. Srogo karaj pacjentów.** Niech wiedzą, co robią narkotyki! Pacjent złamał nogę? No to już jest nasz, nie da rady sobie wstrzykiwać. Pora czerpać radość z jego cierpienia w zespole odstawienia. Przypominaj mu, że to przez ćpanie! Nie przepisuj narkomanom odpowiedniej dawki leków przeciwbólowych (możesz przepisać mniejszą, która nie będzie działać, żeby się nikt nie przycepił), nie sprawiaj komfortu alkoholikom, śmieję się z grubych „pączusiów”, którzy przewracają się w drodze do skanera.

**10. Obrażaj się na pacjentów.** Nie chciał brać leku? To niech nie przychodzi i nie marnuje twojego czasu. Ostro krytykuj ich za każdym razem, zanim jeszcze usiądą na krześle w gabinecie.

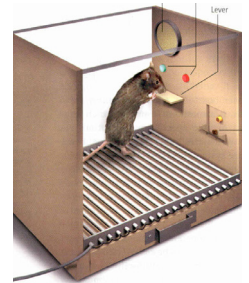
## UZALEŻNIENIE OD ALKOHOLU

### Akamprozat

Wiadomo, że lek ten uśmierza nieprzyjemne konsekwencje wycofania alkoholowego, ale w porównaniu do placebo, zwiększa szansę na całkowitą abstynencję o jedynie 9% N=7519, 95%CI [-0.14,-0.04]; duża heterogeniczność I=80.8% (Jonas et al., 2014). Zakładając niższy standard, tj. zmniejszenie częstotliwości dni „ciężkiego picia”, lek prezentuje się lepiej. Dawka 20mg na dzień spowodowała zmniejszenie takich dni o 20% N=1588, 95%CI [-0.30,-0.09] (Mann et al., 2016). Akamprozat powinien być stosowany z równoległą psychoterapią.

## MYK NAUKOWY MIZERNE I SMUTNE SZCZURY

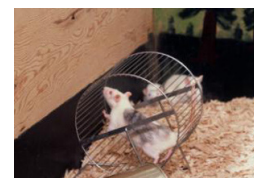
Bardzo dużo eksperymentów badających uzależnienia robi się na szczurach. Podaje się im wtedy, np. dwa poidelka: z wodą i heroiną, a następnie razi prądem. Któż nie wybrałby wtedy poidelka z heroiną? Jeśli damy szczurom więcej towarzystwa, zrobimy większe klatki i damy miejsca zabawy, poidelka z heroiną już nie są tak atrakcyjne... (Alexander, 2010).

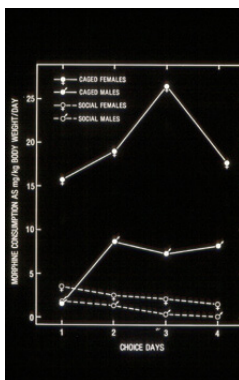


Przykładowa klatka dla szczura w eksperymencie. Na dole siatka elektryczna do dostarczania szoków prądu, obok podajnik jedzenia, głośniki i światełka do dostarczania stymulacji. Ilustracja z uprzejmości <http://jackiewhiting.net/>.



Lot ptaka z „mysiego raju”. Szczury mają tu więcej przestrzeni, mogą widzieć się nawzajem i relaksować. Przykłady poniżej: bieganie w kołowrotku lub gryzoniowie spotkania (Alexander, 2010).





Wykres u góry dotyczy wyników badania z „mysiego raj”. Obrazuje on ilość używanego ekwiwalentu morfiny na masę szczura na dzień. Oś X pokazuje ilość dni w badaniu (1-4). Linie ciągłe to szczury w klatkach (męskie i żeńskie), przerywane to szczury w „mysim raj” (męskie i żeńskie) (Alexander, 2010).

## Disulfiram

To lek, który zmienia czułość mózgu chorego, „osłabiając mu głowę”. Powoduje natychmiastowego „kaca” po przyjęciu nawet małej dawki alkoholu. Jako „karę” za kontakt z używką powoduje między innymi: bóle głowy i karku, potliwość, obfite wymioty i kołatanie serca, zaburzenia widzenia i zawroty głowy. Mimo tak drastycznego działania, disulfiram nie powoduje większej abstynencji niż placebo (Jonas et al., 2014).

## Naltrekson

Jest odwrotnym stymulatorem receptorów opioidowych, a więc wypiera z mózgu leki takie jak morfina, kodeina czy alkohol. W praktyce leczenia osiąga wyniki podobne do akamprozatu: przy dawkowaniu 50mg/d zwiększa abstynencję o 5% N=9140, 95%CI [-0.10,-0.00], nieznacznie gorsze wyniki prezentuje przy 100mg/d i zastrzykach (Jonas et al., 2014). Podobny lek, Nalfemen działa przez wygaszanie radości oczekiwania na spożycie alkoholu (Quelch et al., 2017) i może pomóc w ograniczeniu dni ciężkiego picia (Mann et al., 2016).

## UZALEŻNIENIE OD BENZODIAZEPIN I STYMULANTÓW

Obecnie stosowana terapia polega na wycofaniu substancji w różnym (najczęściej zależnym od widzimisię psychiatry) tempie. Nie ma zasadniczo dużych uzasadnień nad takim działaniem klinicznym (Cohen and Recalt, 2019). Wykorzystanie jakichkolwiek specjalistycznych leków w stymulacji odejścia od benzodiazepin ma zbyt mało dowodów, aby je rekomendować (Baandrup et al., 2018).

## UZALEŻNIENIE OD OPIOIDÓW

### KROK 1 Psychoterapia i odwyk

Ogólnym założeniem terapii jest powolne wycofanie substancji (tzw. „detox” lub „odwyk”). W związku z uciążliwymi objawami tego odstawienia (m.in. silny głód, wymioty, bóle brzucha, biegunka, bóle stawów, zmiany nastrojów, napady złości i bezsenność), wykorzystuje się różne metody zastąpienia używki, której mózg tak bardzo pragnie.

### Metadon

Niestety, bez dostępu do dobrej jakości interwencji psychoterapeutycznych i społecznych, działanie metadonu (leku zastępującego morfinę w mózgu) wypada o wiele gorzej. Efektywność leków zastępczych spada o ok. -33% N=119 (RR 0.66 95%CI [0.53,0.82]), a sama adherencja do leczenia spada o ponad połowę: -52% (RR 0.48 95%CI [0.38,0.59]) (Amato et al., 2011a). W praktyce, nie każdy ośrodek posiada fundusze na prowadzenie psychoterapii. W takim wypadku, podawanie me-

tadonu dalej jest skuteczne i wskazane (choć, jak wspomniano wcześniej, mniej efektywne).

Co ciekawe, nie ma różnicy między poszczególnymi rodzajami psychoterapii (Amato et al., 2011b). Okazuje się zatem, że proste jest skuteczne: dobra rozmowa z chorym przyjmującym metadon to wszystko, czego potrzeba.

### Buprenorfina

To lek o podobnym działaniu do metadonu (również wypiera heroinę z mózgu). Obecne badania wskazują, że Buprenorfina jest tak samo skuteczna jak metadon. Może być zatem stosowana jako równorzędna opcja, w zależności od warunków ekonomicznych, dostępności, bezpieczeństwa czy preferencji pacjenta. Istnieją również dowody niskiej jakości, że buprenorfina lepiej uśmierza efekty uboczne zespołu odstawienia (Nielsen et al., 2016). Oba preparaty nadają się tak samo do leczenia uzależnień od opioidów w ciąży (Minozzi et al., 2013).

### Naltrekson

Pomimo teoretycznych działań (naltrekson wypiera z mózgu morfinę), jego efektywność nie tylko nie jest lepsza od placebo czy innych leków, ale nie jest nawet lepsza od jakichkolwiek interwencji lekowych w ogóle. Znakomita większość pacjentów (72%) nie kończy swojej terapii (Minozzi et al., 2011).

### KROK 2 Objawy w czasie wycofania

Aby zatrzymać chorych w programie leczenia, należy starannie monitorować ich zdrowie i stosować odpowiednią psycho i farmakoterapię, w zależności od prezentowanych objawów. W tym okresie warto pamiętać o:

- Monitoringu medycznym pacjentów,
- Psychoterapii nakierowanej na szukanie alternatywnych rozwiązań,
- Używaniu leków trankwilizujących i wspomagających sen (według potrzeb),
- Stosowaniu leków na zaburzenia afektywne: powodują one „bardzo duże” lub „duże” pozytywne zmiany w nastroju pacjentów (Pani et al., 2010b).

Oczywiście, sam detox nie jest odpowiedzią na długotrwałe pytanie „co dalej?” (Amato et al., 2013).

### KROK 3 Długotrwałe leczenie

Niestety, znakomita większość funduszy i zainteresowania psychiatrów kończy się po detoksie. W miarę zostawienia pacjentów samym sobie, problemy, które spowodowały nałóg stają się coraz bardziej przytłaczające. I tak, od nowa polska ludowa, pacjenci trafiają do pierwszego kroku detoksu, co stawia pod znakiem zapytania sen-

## MYK KLINICZNY STYMULACJA

Istnieje trochę dowodów na użycie technik neuromodulacji i stymulacji mózgu w uzależnieniach. Na przykład nacelowane na płat przedczołowy tDCS (stymulacja prądem stałym) może zmniejszyć wewnętrzny głód metamfetaminy (Alizadehgoradel et al., 2020).





sowność ekonomiczną jakichkolwiek interwencji (NIK, 2016). Stosowanie rozmów, wyszukiwanie i wdrażanie alternatyw jest wyjątkowo trudne i pracochłonne, ale i nadzwyczaj skuteczne i efektywne pod względem kosztów. Przydatne strategie omówione są w podrozdziale „psychoterapia”.

### UZALEŻNIENIE OD POCHODNYCH AMFETAMINY

Pomimo teoretycznie uzasadnionego działania, używanie agonistów dopaminy (leków, które „udają” uszczęśliwiające i stymulujące narkotyki) nie jest skuteczne klinicznie (Minozzi et al., 2015). Psychoterapia typu CBT (kognitywno-behawioralna) również nie jest efektywna w leczeniu uzależnienia stymulatorów (Harada et al., 2018). Nie działają także antydepresanty (Pani et al., 2011). Jest trochę dowodów niskiej jakości na dobre działanie disulfiramu, w co najmniej 3 tygodniowej abstynencji, ale brak placebo oraz mała ilość osób w badaniach stawiają je pod dużym znakiem zapytania (Pani et al., 2010a).

Początkowe dane z obiecujących badań mówią o pozytywnych działaniach bupropionu, dexamfetaminy i mieszanek soli amfetaminowych. Pacjenci z podwójnym uzależnieniem (kokaina / opioidy) oraz zespołem nadpobudliwości wydają się być najbardziej dopasowanymi kandydatami do takiego leczenia (Castells et al., 2016).

### PSYCHOTERAPIA

#### Prewencja w szkole

Jak i w wielu przypadkach niedomagania systemu opieki psychiatrycznej, ciężar leczenia i prewencji chorób mózgu spoczywa na placówkach oświatowych. Wydawałoby się to logiczne, zwłaszcza z powodu na dużą zachorowalność lub początki chorób właśnie w okresie obowiązkowej edukacji. Niestety, raporty NIK wskazują, że podejmowane przez szkoły działania profilaktyczne nie mają żadnego wpływu na najczęstsze zjawiska patologii wśród dzieci i młodzieży.

Dzieje się to z 5 głównych powodów: (1) Przygotowanie szkolnych programów profilaktyki nie jest dopasowane do potrzeb konkretnych uczniów, a tylko powielane z ogólnodostępnych gotowców, (2) Kserówki tych samych działań to plaga szkolnictwa: np. gimnazjum w Knurowie realizowało ten sam program przez 10 lat (sic!), mimo dynamicznych zmian społeczeństwa i rynku narkotykowego, (3) Profilaktyka jest nieadekwatna do zagrożeń i nie korzysta z krajowych systemów rekomendacji „Wytyczne? Zasadniczo nikt tego nie czyta...”, (4) Nauczyciele nie są odpowiednio przygotowani pod względem wiedzy – prawie co trzeci przyznaje, że nie wie jak pomagać i rozmawiać z uczniami; wynika to z braku szkoleń i odpowiedniej literatury (33% szkół w ogóle

nie uczy swoich nauczycieli w tym zakresie), (5) samorządy łamią ustawę o wychowaniu w trzeźwości; 46% kontrolowanych gmin przeznaczają dochody z opłat alkoholowych na bieżące wydatki lub spłatę długów, a nie na dofinansowanie programów profilaktyki i leczenia (jak powinno robić *lege artis*), 56% gmin nie prowadzi nawet świetlic szkolnych (NIK, 2014).

W końcu budowa kolejnej fontanny czy aquaparku bardziej przysporzy głosów gminnym dygnitarzom, aniżeli dbanie o zdrowie dzieci i młodzieży.

Zasługuje na uznanie to, że wiele szkół nadal walczy o dobre zdrowie neurologiczne podopiecznych, nawet w tak dysfunkcyjnym systemie. Prawie wszystkie prowadzą wykłady dla nauczycieli, dzieci i rodziców oraz jakieś formy programów profilaktycznych. Na obronę oświaty powiem, że trudno jest również wymagać, aby szkoły brały na siebie cały obowiązek profesjonalnej opieki medycznej; w końcu osoby po 6 latach studiów, stażu i specjalizacji powinny móc efektywnie wspomagać pedagogów. Ten sam zarzut można przedstawić samorządom i Radzie Ministrów, którzy zamiast pomyśleć o wymianie uzależnieniowej elewacji na mniej łatwowalną, gaszą jej nieustanne pożary, przelewając miliardowe sumy na nieskuteczne leczenie ambulatoryjne (UMWM, 2018).

#### Kontrakty

Umowy, w których każda ze stron zobowiązuje się do jakichś praw i obowiązków w leczeniu są niezwykle skutecznym narzędziem w walce z uzależnieniami. Chorzy, którzy spisali taki kontrakt mają o 9400% więcej szansy na posiadanie czystej próbki moczu (bez wykrywalnych substancji) po 18 miesiącach N=353, RR -9.40 95%CI [-14.79, -4.01] (Bosch-Capblanch et al., 2007).

#### Terapia warunkująca

To typ terapii behawioralnej, w której ustala się warunki pozytywne i negatywne oraz nagrody lub kary z nich wynikające. Na przykład:

- Mam dla ciebie propozycję...
- Słucham?
- Co ty na to, jeśli przy następnym spotkaniu dostanę „czystą” próbkę moczu (tj. bez wykrywalnych narkotyków), otrzymasz voucher na zakupy w sklepie z elektroniką lub książkami. Możemy też zaoferować ci większą dawkę metadonu. Którą wybierasz?
- Metadon da mi większego kopa...
- OK. To umowa stoi?
- Stoi.

#### MYK NAUKOWY NA CO IDĄ TE PIENIĄDZE?

Dane brytyjskie pokazują obraz finansowy nieudolności państwowej represji narkotykowej. Rząd Jej Królewskiej Mości wydaje ok. 66 miliardów złotych rocznie na Wojnę z Narkotykami. Oczywiście 90.3% tej kwoty pochłaniają rozmaite aparaty policyjne i urzędowe, które ścigają wymyślone przez siebie przestępstwa (w znakomitej większości „posiadanie”). Na pomoc właściwą uytowników przeznaczają się zaledwie 3.2% budżetu. To głównie koszty służby zdrowia, która leczy powikłania użycia (a więc rzeczy, które są w dużej mierze zastępowane zanieczyszczeń substancji). Raport Izby Gmin dostępny pod (Barber et al., 2017).

## Terapia wzmacniania dobrych nawyków

To leczenie polega na 2-3 sesjach terapeutycznych tygodniowo, ok. 1 godziny każda. Podczas takiej sesji, następuje próba znalezienia psychospołecznej alternatywy. Tak, jak metadon wypiera z mózgu heroinę, tak i ta terapia chce wyprzeć złe nawyki i pokazać, że sytuacje dla chorego bezalternatywne mogą mieć dobre wyjścia. Często zaprasza się profesjonalistów, którzy pomagają rozwiązywać problemy prawne, zawodowe, małżeńskie. Na przykład:

– *Patrycjjo, powiedz mi, dlaczego bierzesz benzodiazepiny?* [szuka przyczyny]

– *Lubię sobie zjeść. Tak rekreacyjnie. Z nudów.*

– *To bardzo ciekawe... z nudów?* [zauważa słowa kluczowe]

– *Tak. Pomijając narkotyki to nie mam w sumie nic ciekawego do zrobienia. Moje życie jest okropne.*

– *Naprawdę uważasz, że jest okropne? Dlaczego?* [klaryfikacja, dopytanie]

– *Boże. Nie. O co ci chodzi? Po co w ogóle chcesz o tym rozmawiać.*

– *Chciałbym dowiedzieć się czegoś więcej o tobie* [pokazuje zainteresowanie, nie mówi „chce rozwiązać ten problem” – nie wiadomo czy osoba uważa, że ma ten problem!], *Ale mogą cię zostawić w spokoju* [daje wybór]. *Jak będziesz chciała pogadać to sama przyjdiesz* [wybór cz.2].

– *Wiesz, często myślę o tym, co mogłabym zrobić za pieniądze, które wydaje na to wszystko... i chciałabym mieć lepsze życie, ale na razie nie widzę żadnego wyjścia z tej sytuacji. Te leki to zło i wiem, że się nimi truję* [nie ma potrzeby mówić jej o złych konsekwencjach!]. *Naprawdę nie chcę być w tym dalej. Ufasz mi?*

– *Pewnie* [afirmacja]. *Rozumiem, że musi być strasznie stresujące to, przez co przechodzisz, dużo osób ma podobne myśli przy braniu takiej ilości narkotyków* [normalizacja, zrozumienie].

– *Mimo, że się właściwie nie znamy?*

– *Każdemu daję na początek 100pc zaufania. Tobie też* [pokazuję, że masz u mnie szansę, nie osądzam]. *Ale masz rację* [afirmacja], *właściwie się nie znamy. Toteż dlatego chciałbym cię poznać bardziej i stąd moje pytania* [pokazuje przyczynę].

– *W porządku. Naprawdę interesuje cię to, co chcę powiedzieć?*

– *Tak. Powiedz mi, dlaczego uważasz, że twoje życie jest okropne* [„uważasz, że” nie „dlaczego twoje życie jest okropne”, subtelna różnica, ale pokazuje, że nie potwierdzasz tej okropności].

– *Beznadziejnie mi się żyje. Bolą mnie plecy, w pracy nie chcą dać mi wolnego nawet żeby odwiedzić moją chorą mamę, boję się o to, że ona będzie miała wykryty nowotwór i ja też go mam w sobie... te rzeczy są genetyczne, przez to chodzę naburmuszona, bo uważam że to nie fair. Ludzie przecież żyją gorzej ode mnie! A ja kiedyś uprawiałam sport, odżywiałam się dobrze i na co mi to wszystko? Nic mi nie pomaga. Cały czas stres. To jak przychodzę do domu to jedyne co mogę, biorę sobie xany i mam spokoju trochę.*

– [nie przerywał] *Eh, widzę, że bardzo dużo złych rzeczy się wydarzyło w twoim życiu ostatnio. Rozumiem, że nie masz lepszej alternatywy* [wyjaśnia] *na radzenie sobie z tym niż branie xanów* [używa terminologii pacjenta, nie: benzodiazepiny jak wcześniej].

– *Tak. Po prostu tak mi jest łatwiej. A jak ich nie biorę nawet to mam taki głód, że to mi jeszcze psuje nastrój. Ja muszę jakoś wytrzymać, więc to jest jedyne co daję radę robić.*

– *Objawy, o których mówisz są dość częste* [normalizacja], *ale wiele osób wychodzi z tego bez problemu. Wierzę w ciebie i w to, że tobie się też to uda* [pokazuje nadzieję, buduje pewność siebie]. *Mógłbym coś zaproponować* [wybór]?

– *Pewnie.*

– *Widzę, że masz kilka głównych problemów: ból pleców, problemy w pracy i chorą mamę. To one powodują większość twojego stresu, tak?* [niektórzy nazywają to „spłycaaniem” problemów, ale pokazanie tego z oddali może być naprawdę wyjątkowo korzystne].

– *Tak.*

– *Robiłaś coś w jakiegokolwiek z tych spraw?* [nie chce proponować rozwiązań, które już nie zadziałały].

– *Brałam ibuprofen na plecy, ale nie pomaga.*

– *Proponuję w takim razie: ból pleców może rozwiązać twój lekarz rodzinny. Poproś go o zbadanie tego i o skierowanie cię na fizjoterapię* [rozwiązanie #1]. *Nie martw się, spróbuję poprosić o przyspieszenie terminu*

w twojej sprawie [samemu to zrobię, nie wypiszę ci świstka i idź sobie załatwiaj]. Mamy tu w praktyce bardzo dobrego prawnika [rozwiązanie #2] naprawdę wiele osób sobie go chwaliło [siła w tłumie] i świetnie rozwiązuje problemy z prawem pracy [konkretyzuję] może byś chciała się z nim zobaczyć? Umówię cię na wizytę [daję wybór, pokazuję wsparcie]. Jeśli chodzi o mamę to może poproszę moją koleżkę onkologa, Dra Iksińskiego, który jest konsultantem mamy, aby zobaczył was dwie razem. Wtedy wyjaśni wszystkie pytania, jakie możesz mieć.

– Jejku. Ratujesz mi życie. Naprawdę można to zrobić?

– Naprawdę. Umówimy się, że ja zrobię te trzy rzeczy [kontrakt]. Wypiszę Ci receptę na jeszcze tygodniową dawkę xanów. Nie chcę, żebyś brała coś zanieczyszczonego z czarnego rynku [troska]. Ile myślisz że jesteś w stanie ograniczyć przyjmowanie?

– Wszystko!

– To dobry punkt zaczepienia, ale znaczne zmiany są bardzo trudne do utrzymania [nie bagatelizuję]. Obecnie bierzesz 6 tabletek dziennie. Myślisz, że mogłabyś obniżyć je o jedną dziennie?

– Tak. Oczywiście [umowa zawarta].

– OK. Za tydzień przyjdź do mnie i zobaczmy jak ci idzie. Powinniśmy wiedzieć więcej na temat pracy, jak idzie z plecami i mamą, dobrze? Wierzę, że ci się uda [motywacja].

– Dobrze.

– Powiedz mi jeszcze, co zrobisz z tymi pieniędzmi, które zaoszczędzisz na xanach?

– Hmm. Dobre pytanie. Nie wiem.

– Lubisz chodzić do kina?

– Pewnie. Uwielbiam. Ale nie mam czasu, tyle problemów teraz...

– W porządku. To do końca tygodnia, za zaoszczędzone pieniądze kup sobie bilet [nagroda, chory pomyśli, brak narkotyków = przyjemność]. Zrób sobie noc filmową dla siebie, a może znajomych [powiązania społeczne], z popcornem i ulubionym filmem, ok?

– Mogłabym odnowić znajomość z moją przyjaciółką, tak dawno się nie widziałyśmy.

– Świetnie. Cieszę się, że udało się coś ustalić.

**Powyższy przykład pokazuje sprawne i szybkie użycie terapii warunkowej** (angażujesz się – dostajesz receptę; ograniczasz leki – idziesz do kina), **poradni** (rozwiązywanie problemów prawnych, społecznych), **kontraktu** (ja dam ci XYZ, ty ograniczysz leki), **interwencji motywacyjnych** („wierzę w ciebie”, „uda ci się”) oraz części **terapii rodzinnej** (spotkanie z onkologiem, mama z córką). Ta terapia, chociaż uciążliwa dla prowadzącego, powoduje niesamowite efekty (jak opisano wyżej). Oczywiście, nie każdy ma czas na taką rozmowę w rutynowej poradni, więc warto zarezerwować sobie trochę dłuższy termin spotkania. Nie każdy również tak „łatwo” da się przekonać. Warto jednak próbować. Nie zniechęcaj się tym, że kontraktu nie uda się wypełnić. Nawet jeśli chory wróci do swojego nałogu, ważne jest to, że próbuje go zwalczać. Powrót do 4 tabletek nie jest zawsze taki zły (tydzień abstynencji + wcześniej było 5 tabletek!). Ważne, aby nie stosować zero-jedynkowego podejścia, w którym pacjent nie-słuchający się jest skazany na zapomnienie i brak wsparcia.

**Rozważmy teraz inny przykład, tym razem ze środowiskowej poradni uzależnień.**

– Adrianie, mam na imię Dorota Iksińska i jestem psychologiem uzależnień. Słyszałam, że piłeś alkohol pod szkołą i paliłeś marihuanę [ton oskarżycielski].

– Tak.

– Czy wiesz czym grozi takie palenie? [nie daje odpowiedzi]. Przecież to jest bardzo szkodliwe dla Ciebie! Może wywołać mnóstwo efektów ubocznych, powoduje utratę pamięci, silnie uzależnia i prowadzi szybko do użycia narkotyków twardych! [stosuje zdania popularne w kuchennej psychiatrii, jednak niepoparte dowodami].

– Wiem. Nie powie Pani moim rodzicom?

– Co? Jesteś jeszcze niepełnoletni! [pokazuje wyższość] Ojciec już został poinformowany, również zostanie ci to wpisane do akt! [myśli, że chłopak nie rozumie powagi sytuacji, dlatego wyjaśnia mu konsekwencję czynu]. W przyszłym roku zdajesz maturę. Dla twojego dobra radzę Ci poważnie pomyśleć nad swoim zachowaniem [przypomina o maturze, na pewno nie wie kiedy ją zdaje].

– Wiem.

– Chyba nic nie wiesz?! (myśli: wyprowadza mnie z równowagi, tyle przecież rozmów było, a on dalej to pali i pije alkohol! Przecież mu mówiłam, że jest tak i tak, a on dalej nie rozumie?) Eh. No dobrze. (wyjmuje notes, żeby wypełnić papiery, przecież zaraz się kontrol przyczepi... mały sobie pójdzie



a NFZ będzie za dokumenty ścigał...) Ile pijesz dziennie?

– Czterdzieści piw. Może czterdzieści osiem.

– CO? [pokazuje oburzenie]. Miarka się przebrała, młody człowieku. Zobacz, co ty robisz ze sobą. No nic, muszę poinformować MOPS, policję, szkołę. Będziesz miał poważne problemy. Już cię raz ostrzegałam jak tu byłeś. Przykro mi, ale kieruję twój przypadek do szpitala psychiatrycznego.

– (myśli: o co jej chodzi? Przecież ziółko jest dobre mmm i pomaga mi się skupić na lekcji, robi, że jestem kreatywny, a alkohol to jedyne co mnie cziluje po całym dniu...) (cisza)

– Na twoim miejscu zastanowiłabym się nad przyszłością. Naprawdę. Całe życie sobie zmarnować przez takie używki.

(w szpitalu psychiatrycznym)

– (psychiatra wypełnia papiery, przecież to jest najważniejsze, większość wymyśla sam z „obserwacji”) Coś ci dolega? Widzisz jakieś rzeczy, których inni nie widzą?

– W sumie widzę czasami smoki, które latają nade mną. A w snach potrafię się unosić nad miastem i widzieć demony.

– (no świetnie, psychozę ma pewnie albo jakieś odstawienie... i tak przepiszę ten sam pakiet: benzodiazepiny i disulfiram żeby mu się alkohol zbrzydł. Posiedzi tu trochę, to go nauczymy życia) No, no, w porządku a choroby przewlekłe (gadaj lepiej, bo przecież ja tu muszę dokumenty wypełnić... mógłbym się go zapytać, czy chce się zabić, ale pewnie i tak mi nie powie. Z resztą, nie zrobi tego w zakładzie to się nie będę przejmował; zapiszę ocena ryzyka – niska).

– E nie? (myśli: psychiatra taki sam jak wszyscy, też się nie interesuje i zaraz mi zrobi wykład... i znowu ten psychiatryk. Dziewczyna się do mnie już na pewno nie odezwie. Pomyśli sobie, że mam problemy... kiedy ten alkohol to naprawdę jedyne co można zrobić w tej sytuacji... gdyby tylko były jakieś leki mi mogły pomóc na te moje halucynacje).

– A wiesz, że te używki są szkodliwe dla ciebie?

## PROGNOZA

W ujęciu globalnym, tytaniczna wojna z narkotykami przypomina bardziej syzyfową pracę, aniżeli zwycięstwa Herkulesa. Państwowy system opieki szpitalnej wcale nie działa lepiej od „zwykłego” wsparcia: można przykuć chorego do łóżka pa-

sami i wstrzykiwać mu lekarstwa, zamykać go w ośrodkach odwykowych lub wypuścić do domu i kontrolować w poradni środowiskowej. Poza oczywistymi implikacjami finansowymi, nie ma żadnych różnic w efektywności tych sposobów po 5 latach leczenia (Mojtabai and Graff Zivin, 2003).

W terapii alkoholizmu, ponad 60% pacjentów w ogóle nie stawia się na przymusowe leczenie, 30% przyjętych do ośrodka jej nie kończy a ok. połowa kierowana jest wielokrotnie na tę samą terapię. Zaledwie 2% w ogóle podejmuje jakikolwiek wysiłek w leczeniu dodatkowym (NIK, 2016a). System jest na tyle nieudolny, że średni czas od skierowania do rozpoczęcia terapii trwa 673 dni, z czego większość przeznaczana jest na procedury urzędowe. Procedura oczekiwania medycznego ma się lepiej. Według danych NFZ, w grudniu 2017 roku, wszystkie osoby z pilnym zgłoszeniem na leczenie uzależnień zostały przyjęte tego samego dnia. Mediana czasu oczekiwania przypadków stabilnych wyniosła 21 dni (NFZ, 2017). NIK konkludowało, że „procedura zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu ma w istocie niewielki wpływ na rozwiązywanie problemów alkoholowych w Polsce.” (NIK, 2016b). Nic dodać nic ująć.

Jest to ciekawy obraz, zwłaszcza, że NFZ w samej Małopolsce przeznaczana na opiekę psychiatryczną uzależnień ponad 38 milionów złotych rocznie. Samorządy w tym samym województwie dokładają ponad 68 milionów (UMWM, 2018). Nie uwzględnia to sum wydawanych przez podatnika na leczenie komplikacji uzależnień. Warto zauważyć, że duża część problemów ze zdrowiem bierze się z substancji mieszanych z narkotykami (Meacher et al., 2019). Te „dodatki” oczywiście nie występowałyby w regulowanych farmaceutycznie warunkach, gdyby kiedyś antynarkotykową obsesję udało nam się pokonać. Zwolennicy obecnego ustawodawstwa lub dalszych restrykcji narkotykowych postulują, że należy je utrzymać ze względu na zdrowie publiczne (np. przeciwdziałanie masowej psychozie ze wzrostu użycia marihuany). Przewidują również, że po legalizacji nastąpi lawinowe zwiększenie użycia tych substancji (Meacher et al., 2019; Menkes, 2019).

Przeciwnicy argumentują, że w krajach, które legalizują lub dekryminalizują używanie tych substancji, przestępczość ani użycie wcale się nie zmienia (Meacher et al., 2019). Koszty nieudolnego systemu prewencji narkotyków są jednak zgoła realne: likwidacja dysfunkcyjnych ośrodków dziennych dałaby środki na zrefundowanie zabiegów neurochirurgicznych ponad pół miliona dzieci. Nie mówiąc już o kosztach społecznych, rodzinnych i gospodarczych oraz o potencjalnych zyskach z akcyzy na takie produkty (Nutt, 2019).

# POMOC MEDYCZNA PRZY PRZEDAWKOWANIU / DELIRIUM

## ODDZIAŁ ANAESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII

### Psychiatria Konsultacyjna Uzależnień

Zbadałaś Adama i wiesz, że używał również dużej ilości alkoholu. Jak tylko udało ci się ustabilizować jego przedawkowanie ketaminy, na radarze pojawiają się niepokojące objawy... tętno skoczyło do 120 na minutę, ciśnienie skurczowe do 151 mmHg (normalnie 122mmHg), a Adam zaczął majaczyć, pocić się, trząść. Wygląda okropnie. Czy uda Ci się go uratować?

#### AIRWAY

- Sprawdź obstrukcję dróg oddechowych (ciała obce, wymioty),
- Zobacz, czy pacjent jest w stanie sam utrzymać swoje drogi oddechowe. Jeśli nie, zabezpiecz je – wezwij anesteziologa do intubacji; czekając, możesz założyć adiunkt lub maskę typu i-gel, jeśli potrafisz. Drogi oddechowe można również trzymać ręcznie przez podniesienie szczęki (poproś kogoś o pomoc),
- Nie każda droga oddechowa wymaga intubacji. Czasami przewrócenie na bok, rurka nosowogardłowa czy oczyszczenie ssakiem potrafią przywrócić normalne oddychanie. Pamiętaj, aby ssakiem usuwać jedynie to, co widzisz, nawet jeśli słyszysz bulgotanie płynu w gardle.

#### BREATHING

- Sprawdź oddychanie: saturacje tlenem (SaO<sub>2</sub>), częstotliwość oddychania (bardzo ważne w rozpoznaniu różnicowym toksyn!), osłuchaj płuca,
- Tlenoterapia zalecana jest jedynie przy SaO<sub>2</sub> < 95% (lub 92-88% w POChP). Bezmyślne podawanie tlenu może skutkować uszkodzeniem mięśnia sercowego i naczyń.

#### CIRCULATION

- Sprawdź puls i jego charakter (regularny, nieregularny), wykonaj EKG (arytmie związane z dysbalansem elektrolitowym, zawał serca, kardiomiopatie), ciśnienie krwi, czas nawrotu żylnego, osłuchaj serce)
- Warianty anginy w użyciu amfetamin mogą być widoczne na EKG (ale niekoniecznie świadczą, że chory właśnie taki wariant ma!). Szukaj: wzniesienia segmentu ST, poszerzenia fali R (szerokie komplekсы QRS – fala monofazowa).

Uwaga: u osób z przewlekłymi chorobami serca raczej obserwuje się depresje segmentu ST, a także nowe fale U. Anaemia może również wzmoczyć objawy anginy.

- Wiele substancji powoduje przedłużenie interwału QT, uważaj na to, albowiem może przerodzić się w poważną arytmie. Pobierz krew do badań. Ustal dostęp żylny.

#### DISABILITY

- Sprawdź orientację pacjenta, odruch źreniczny (rozszerzone źrenice mogą być sygnałem np. delirium tremens, wielu narkotyków)
- Ustal stan śpiączki według skali Glasgow
- Wykonaj pełne badanie neurologiczne (modalia ruchowe, czuciowe, priopropcja, odruchy, ton, nerwy czaszkowe)

Rozpoznanie różnicowe (pomoc może Ryc.5):

**Delirium tremens**, zaczyna się po ok. 48 godzinach abstynencji, trwa przez ok. 4 dni.

Objawy to: zdezorientowanie, halucynacje [bardzo często mali ludzie, różowy słoń], urojenia, zmiany emocjonalne [strach, napady śmiechu, agresji, niestabilność], drżenie rąk, dysregulacja autonomiczna [potliwość, zwiększenie tętna, ciśnienia, rozszerzone źrenice, gorączka].

Śmiertelność *delirium tremens* może być zwiększona przez infekcje całego organizmu, np. sepsę. Pryncypia leczenia to:

- zastąpienie alkoholu benzodiazepinami i powolne redukcowanie ich,
- nawodnienie organizmu,
- badania i ścisła kontrola elektrolitów, glukozy,
- monitoring kardiologiczny w kierunku arytmii.

Inne rozpoznania można postawić z pomocą ogólnych badań:

- Morfologia (Hb, MCV): anaemia mikrocytowa może występować z powodu braków dietetycznych żelaza lub krwawienia z przewodu pokarmowego we wszystkich uzależnieniach, makrocytowa przy marskości wątroby, niedoborach witaminy B12 i kwasu foliowego,
- Profil wątrobowy (ASL/ALT, ALP, gammaGT): w chorobie alkoholowej,
- Troponina: można zauważyć podniesienie biomarkerów uszkodzenia mięśnia sercowego lub współistniejący zawał serca.
- Toksykologia: dość kontrowersyjne badanie. Jej użyteczność może być poważnie zachwiana przez niską czułość i swoistość badań ze względu na

#### MYK KLINICZNY PROŚ O POMOC



Przedawkowanie substancji, delirium tremens czy inne psychiatryczne stany nagłe to choroby trudne w leczeniu. Bardzo szybko sytuacja może wymknąć się spod kontroli, dlatego proś o pomoc szybko! Poinformuj toksykologię, kardiologię, intensywiściów, anesteziologów, chirurgów czy specjalistów od uzależnień. Ludzie wolą przyjść do pacjenta i zobaczyć, że siedzi sobie w spokoju ducha niż poprawiać po tobie trzecią nieudaną intubację. Schowaj swoje ego do kieszeni i pomyśl o pacjencie.

## MYK KLINICZNY SKARANIE BOSKIE



Z badań jakościowych wynika, że profesjonaliści służby zdrowia bardzo często „karają” chorych przez niepodawanie im odpowiednich leków dla komfortu, omijanie ich bo „śmierdzą” lub są „zarzygani”, psychoterapię i ignorowanie tego, co mówią. Wielu pewnie myśli (uprzejmie zakładając), że taka „twarda miłość” nauczy pacjentów, aby więcej tego nie robili. Takie podejście nie tylko nie działa i ma ogromny potencjał wyrządzenia krzywdy, ale i niszczy zaufanie do naszej profesji. Nie jesteś bogiem, uświadom to sobie.

czas ich wykonania. Czy na pewno potrzebujesz wiedzieć, co i ile tego jest w organizmie chorego?

- Witamina B12/kwas foliowy: (nie powinno to opóźniać podania kompleksu witaminowego, w szczególności B1 w chorobie Wernickego!),

- Elektrolity: fosfor (zespół ponownego odżywienia), wapń, sód i potas (mogą być powodem arytmii, problemów kognitywnych, rozkojarzenia, delirium),

- Endokrynologia: nadczynność tarczycy, choroba/zespół Cushinga w psychozie, guz chromochłonny (badania warto zacząć od TSH, FT4, kortyzol).

### EXPOSURE

- Szukaj ran, urazów, krwawienia (atak agresji może być ukrywanym urazem głowy).
- Zmierz temperaturę (ważna w rozpoznawaniu substancji i dysregulacji temperaturowej)
- Sprawdź, czy występują znane próby samobójczej (która wynikała z przedawkowania lub była związana z nadużyciem substancji).

• **Nie waż się zapomnieć o glukozie!**

### TERAPIA ZACHOWAWCZA

Pacjenci powinni być trzymani na oddziałach z nadzorem 1:1 (może być przez niedyplomowany personel pielęgniarstwa), na sali dobrze oświetlonej, w izolacji od innych pacjentów (jeśli na to pozwala logistyka).

W każdym przypadku dokonaj oceny ryzyka (dla siebie, dla innych, wykorzystania przez innych) oraz oceny ryzyka samobójstwa.

### TERPIA MEDYCZNA

Najpierw skup się na odwróceniu medycznych konsekwencji przedawkowania.

• Sprawdź jakie antidota są dostępne na zażytej substancji. Zobacz, czy chory nie wymaga bezpośredniego leczenia.

• Skonsultuj się z toksykologiem klinicznym lub specjalistyczną poradnią toksykologiczną.

**Pomocne mogą być wybrane zasady terapii toksykologicznej (Ramrakha et al., 2010):**

1. Leczenie komplikacji, które mogą wywoływać delirium i grozić śmiercią, np.: antybiotyki na zapalenie płuc, wczesne rozpoznanie sepsy (sepsis six: (1) posiew (2) gazówka z mleczanem (3) cewnikuj i monitoruj pracę ukł. moczowego // podaj tlen (4), płyny (5) i antybiotyki empiryczne (6) według lokalnych wytycznych mikrobiologicznych).

2. Wycofanie alkoholowe wymaga zastąpienia działania na receptory GABA – przepisuj benzodiazepiny zgodnie z lokalnymi wytycznymi

zmniejszenia ich dawkowania.

3. Deficyty witaminowe zdarzają się często. W razie wątpliwości, miej niski próg do leczenia wysokopotencyjnym koncentratem witamin grupy B (nawet przy jednym objawie Wernickego).

4. Naloxon to szybki sposób na odwrócenie zapaści oddechowej u osób z przedawkowaniem morfiny i substancji podobnych. Ma on jednak krótki okres półtrwania, więc możliwe że będziesz musiał go podać kilka razy!

5. Kokaina / Amfetaminy / MDMA: zastosuj sedację benzodiazepinami, rozważ antypsychotyki (jeśli halucynacje są zbyt uciążliwe). Monitoruj temperaturę przynajmniej co godzinę (zimne płyny, koce chłodnicze, dantrolen i chlorpromazyna mogą się przydać) – staraj się utrzymać T<sup>o</sup> poniżej 38°C. Naciśnienie powinno uspokoić się po podaniu benzodiazepin, ale w razie utrzymywania się, np. rozkurczowego >120mmHg, zastosuj labetalol *i.v.* (pod nadzorem intensywnym) lub nitroglicerynę (miareczkowaną na oddziale).

**Monitoruj EKG** – tachykardie wąskiego kompleksu powinny zniknąć z benzodiazepinami, jeśli nie, rozważ werapamil; arytmie komorowe lecz wodorowęglanem sodowym, ewentualnie lidokainą (pod nadzorem kardiologicznym i intensywnym).

6. Benzodiazepiny: spróbuj zmienić wchłanianie do organizmu (patrz poniżej), flumazenil może być przydatny jako antidotum w stanach zapaści sercowo-oddechowej, ale w przeciwieństwie do naloksonu, nie powinien być stosowany diagnostycznie. Przedawkowanie flumazenilu może spowodować ostry zespół odstawienia.

7. LSD: nie ma obecnie żadnego specyficznego antidotum na tę substancję, ale poza benzodiazepinami na uspokojenie, terapia konserwatywna powinna być wystarczająca.

8. Warto przepisać antypsychotyki i trankwilizatory PRN, chyba że lubisz być budzony w nocy.

**Sposoby zmniejszenia wchłaniania substancji w jelicie:**

1. Płukanie żołądka działa jedynie do 1 godziny po przyjęciu katastrofalnie dużej dawki substancji. Nie powinno się tego robić przy substancjach korozyjnych lub węglowodorach. Jest to procedura bardzo często niepotrzebnie nadużywana. Farmakologiczne indukowanie wymiotowania nie powinno być używane w ogóle.

2. Węgiel aktywowany (50g STAT) bardzo dobrze wiąże substancje do 1 godziny po przedawkowaniu. Później szybko zmniejsza się jego efektywność. Picie węgla aktywowanego może być lepiej tolerowane przez sondę dożołądkową.

## MYK KLINICZNY UWAGA NA PAKERÓW



Często przyjęcia na SOR związane z bólem brzucha lub krwotokiem mogą brać się ze złego traktowania niewolnika lub „słupa” w handlu narkotykami... Jeśli coś nie gra, mniej niski próg kierowania na TK. Przyjrzyj się bliżej temu uprzejmemu „taksówkarzowi”, który nie opuszcza poszkodowanej na krok lub zainteresuj, dlaczego chory ma obfitą historię przyjęć z różnymi osobami na różnych oddziałach ratunkowych w całym kraju...

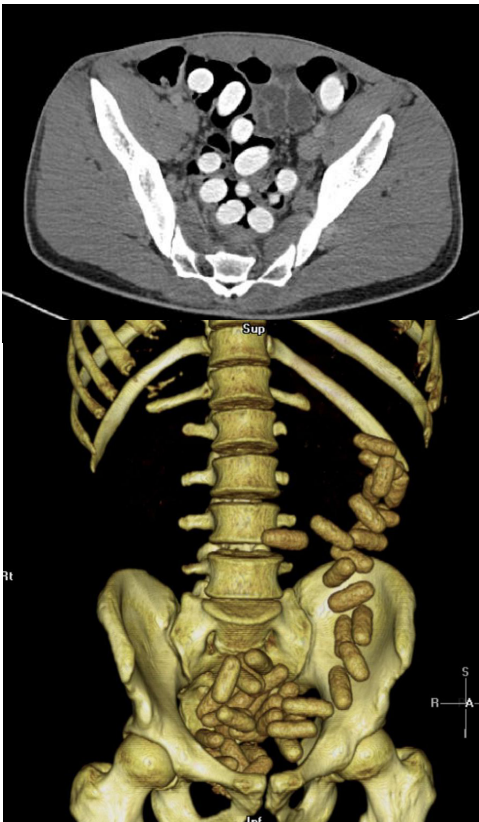
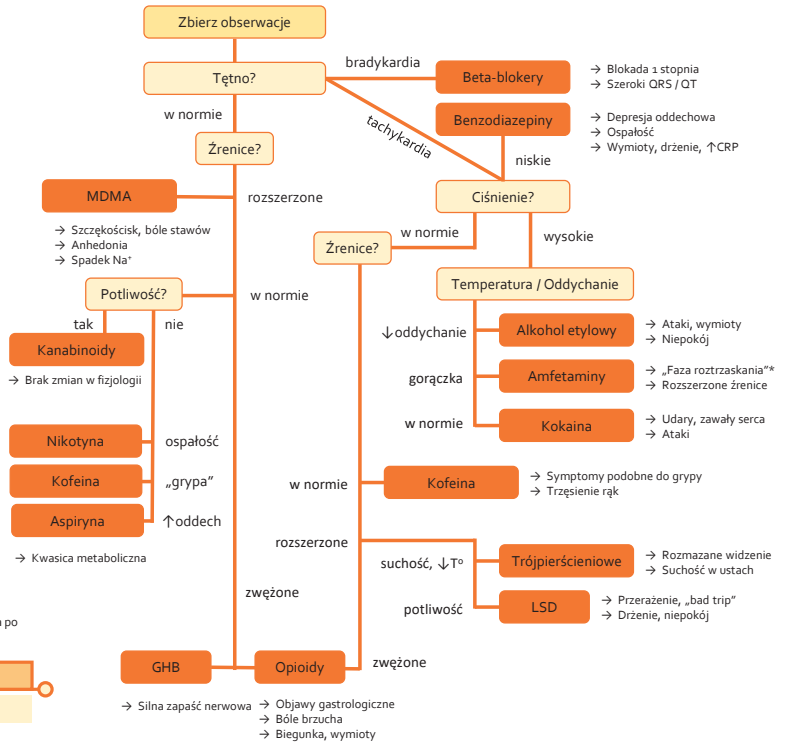
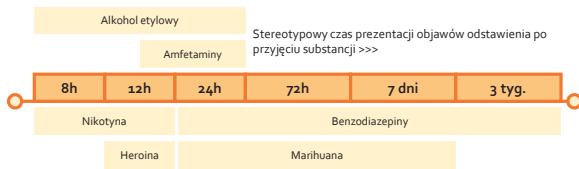


3. Węgiel aktywowany podawany w dawkach co 4 godziny może przeszkodzić metabolizmowi wielu substancji i przyspieszyć wydalanie ich z organizmu szczególnie: fenobarbital (luminal), fenytoina, karbamazepina, digoksyna, paraquat (herbicyd), dapson (antybiotyk), chinina.

4. Całkowite płukanie jelit poprzez założenie PEG i użycie specjalistycznych substancji typu **Klean-Prep** może być dobre w przypadku dużych dawek narkotyków, np. przemytu czy handlu ludźmi.

**RYCINA5 →**

Orientacyjny algorytm pomagający ustalić substancję przyjętą przez pacjenta, na podstawie konsekwencji fizjologicznych i objawów. Obok diagnozy umieszczono czynniki, które mogą zwiększyć pewność poprawnie zidentyfikowanej substancji. Poniżej skrócona wersja osi czasu występujących objawów. Naturalnie, są to sytuacje standardowe, a więc nie przewidują kombinacji narkotyków oraz różnego metabolizmu czy zróżnicowanej symptomatologii chorych.



**RYCINA6 ↑**

Okno skanu TK podbrzusza (u góry). W tym przekroju widać dwie białe struktury (kości miednicy), które zbiegają się u dołu skanu z kośćciami kręgosłupa. Białe okrągłe kształty w środku jelit (czarnych, od powietrza) to zapakowane w przerwatywy (często) narkotyki, które ktoś w ten sposób przemycił z Ameryki Południowej. Drugi panel to wizualizacja 3D. Delikwent złapany został na lotnisku za dziwne zachowanie, na szczęście nie z powodu na krwotok wewnętrzny spowodowany przerwanieniem się ładunku. Ilość kokainy szacowało się na 300-500g. Obrazy z uprzejmości Dra Stefan Götschiego, Radiopaedia. org, rID: 14904.

**PYTANIA SPRAWDZAJĄCE**

**ZAGADNIENIA KLINICZNE**


1. Udziel pierwszej pomocy osobie z delirium tremens na SOR.
2. Zbierz wywiad i dokonaj rozpoznania różnicowego uzależnienia u pacjenta.
3. Zaordynuj odpowiednie leczenie u chorego alkoholika.
4. Przedstaw i omów oparte na dowodach metody leczenia uzależnień od opioidów.

**ZAGADNIENIA OTWARTE**

1. Przedstaw teorie etiologiczne uzależnienia: genetyczną, epigenetyczną, psychospołeczną i konektomiczną.
2. Wymień i omów główne zaburzenia konektomiczne mózgu w uzależnieniach
3. Scharakteryzuj główne rodzaje uzależnień, od F10 do F19.
4. Jakie są objawy systemowe i komplikacje przyjmowania alkoholu, palenia, wstrzykiwania sobie substancji? Jak można zmniejszyć ich szkodliwość?
5. Wymień i krótko scharakteryzuj opcje terapii psychologicznej uzależnienia.
6. Opisz pryncypia rozpoznania różnicowego i leczenia przedawkowania.

**ZAGADNIENIA ZAMKNIĘTE**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Która z podanych interwencji jest najskuteczniejsza w Polsce?<br/>A. Kontrakty.<br/>B. Edukacja i profilaktyka.<br/>C. Terapia CBT.<br/>D. Przymusowe skier. na odwyk.<br/>E. Nagana w pracy / szkole.</li> <li>2. Co jest główną przyczyną konfliktu z prawem użytkowników narkotyków w Polsce?<br/>A. Napady przemocy.<br/>B. Napaść z bronią w rękę.<br/>C. Tylko posiadanie narkotyku.<br/>D. Masowa przemoc uliczna.<br/>E. Morderstwa i zabójstwa.</li> <li>3. Ryzyko uzależnienia najbardziej potęguje (w większości przypadków)?<br/>A. Genetyka.<br/>B. Kontekst sytuacyjny pacjenta.<br/>C. Rodzaj substancji.<br/>D. Ilość substancji.<br/>E. Sposób przyjmowania.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Co podać przy silnej zapaści oddechowej benzodiazepin?<br/>A. Xanax.<br/>B. Flumazenil.<br/>C. Nalokson.<br/>D. Naltrekson.<br/>E. Akamprozat.</li> <li>5. Które ciało w mózgu głównie odpowiada za uzależnienia?<br/>A. Ventral tegmental area.<br/>B. Kora ruchowa.<br/>C. Kora nagrodowa.<br/>D. Płat potyliczny.<br/>E. Hipokamp.</li> <li>6. Które z poniższych ma największą szansę zabicia pacjenta po przyjęciu p.o./i.v.?<br/>A. 10mg morfiny (1 fiołka).<br/>B. 2mg karfentanylu (1 kryształ).<br/>C. 10mg diazepam (1 tabletki).<br/>D. 1.25mg bisoprololu (1 tab.).<br/>E. 300mg MDMA (3 tabletki).</li> </ol> | <p><b>ODPOWIEDZI:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A - daje szansę RR &gt;9. Pozostałe są mało skuteczne.</li> <li>2. C - inne przestępstwa zdarzają się wyjątkowo rzadko.</li> <li>3. B - oprócz bardzo rzadkich (&lt;1%) mutacji, reszta zależy od kontekstu społecznego.</li> <li>4. B - reszta nie zadziała lub pogorszy (xanax). Flumazenil to nie nalokson, nie stosuj go diagnostycznie!</li> <li>5. A - VTA to główne ciało, reszta nie bierze udziału lub tylko częściowy (hipokamp jedynie formuje pamięć i współpracuje z VTA). Kora nagrodowa nie istnieje.</li> <li>6. B - taka dawka będzie zabójcza; dla większości ludzi wystarczy nawet mniej. Pozostałe mogą być groźne, ale raczej nie spowodują natychmiastowej śmierci.</li> </ol> |
|--|--|--|



I stopped eating, and then everyone had to do what I said. That was powerful.

*And did you enjoy that?*

I think it was the happiest time of my life. But I had to stop before I died, because... otherwise it wasn't fun.... You wouldn't understand.

– **Cassie Ainsworth**, *Skins*





← Sid Jenkins i Cassie Ainsworth "Skins" (produkcji Bryana Elsley'ego and Jamie Brittaina dla Company Pictures) grani przez Mike'a Bailey'ego i Hannę Murray. Cassie jest nastolatką z zaburzeniami żywienia (anoreksja, później bingeing disorder), która zmaga się z problemami dysfunkcyjnej rodziny i częstymi pobytami w ośrodkach psychiatrycznych. Jej postać przedstawia wiele ciekawych metod używanych przez osoby chore, a także pokazuje świat z ich strony: relacje z przyjaciółmi, miłość, uzależnienia. Sid wydaje się być jedynym z grupy znajomych, który traktuje jej objawy poważnie, jednak i on bardziej przejmuje się swoimi interesami niż tym, co czuje Cassie.

**Sid:** Co robisz, gdy wszystko się wali...

Kiedy wszystko wokół ciebie jest do niczego

A ty... ty po prostu nie wiesz co masz zrobić

**Cassie:** Hmm... po prostu przestaję jeść

a potem zabierają mnie do szpitala

**C**ARDIAC ARREST – ADULT – A&E RE-SUS – urządzenie przypięte do mojego ubrania zasyczało niemilosiernie. Wymieniłem szybkie spojrzenie ze starszą learką. Była 18.50 a oddział anaestezjologii i intensywnej terapii już i bez tego wezwania zamieniał się w chaotyczny i rozpadający się na kawałki kryzys. Nałożyłem na siebie zieloną narzutę i podałem koleżance drugą. Sielankowe niedzielne popołudnie przepoczwarzyło się już w spowity mrokiem i chłodniejszy jesienny wieczór. Za oknem wiatr przewracał poźółkłe liście ze szpitalnego ogrodu, które zmieszane z kłującymi owocami kasztanowca pokrywały placyk przed oddziałem. Pielęgniarka zatrzasnęła okienną zasuwę i opatulili się w polarek ze szpitalnym logo, sącząc gorącą herbatę w rytm wentylowanych płuc pacjenta. Zostawiliśmy oddział pod dobrą opieką.

– Ale mi burczy w brzuchu – Alice najwyraźniej nic nie jadła od rana – A miałam właśnie odgrzać sobie lunch w mikroweli.

– Miejmy nadzieję, że to tylko omdlenie – przypomniałem że nierzadko wezwania na SOR do nagłego zatrzymania krążenia są robione nad wyraz i nie potrzebują wkładu anaestezjologicznego czy intensywnistycznego.

– Zostawcie mnie bo wam rozsmaruję mordy na podłodze! – ujrzeliśmy dwóch ratowników medycznych siłujących się z pijanym mężczyzną.

– Panie Andrzeju, jest Pan w szpitalu, nie musi się Pan już martwić, zajmiemy się Panem...

– Ja chcę z powrotem do baru, czemuście mnie stamtąd zabrali! Nie dokończyłem piwa! – Alice wyraźnie wywróciła oczami.

– Przynajmniej ma drożne drogi oddechowe – zaśmiałem się lekko, przyłożyłem rękę do ramienia Alice i uśmiechnąłem.

– No tak, chociaż niektórzy by woleli, gdyby ich nie miał – zmierzyla awanrutującego się pacjenta.

– Zwykły ostry niedobór mizadolamu – popatrzyłem na ukojony wyraz twarzy anaestezjolożki. Jej bleep znów zabuczał. Porzuciwszy nadzieję o posiłku, oddzwoniła pod podany numer i wymieniła kilka informacji, które skrzętnie wynotowała na kartce. Po chwili zwróciła się do mnie – **Jest pacjentka, która źle się czuje na oddziale zaburzeń żywienia...** – miała na myśli wezwanie do chorej, której stan najwyraźniej wymknął się spod kontroli lekarzy, którzy się nią zajmowali.

– Hej, Alice – upatrzyłem swoją szansę – mam propozycję. Zjedz coś może, ja pójdę ją zobaczyć i zawołam cię jak czegoś będę potrzebował OK? – zmierzyla mnie chwilę – Która pacjentka chciałaby być zbadana przez głodną learkę? Hm?

– No dobrze, przekonałeś mnie – powiedziała z ulgą i oddała mi kartkę. Schowałem ją szybko, i, zanim szefowa zmieniła zdanie, zarzuciłem torbę z lekami na jedno ramię, na drugie narzędzia do dróg oddechowych, a w prawą rękę monitor do krytycznie chorych pacjentów. Widziała mnie może z trzydzieści sekund zanim pognałem w kierunku osadzonego o kilkaset metrów od szpitala budynku. Przeciągnąłem kartę magnetyczną po czytniku i wbiegłem do środka.

– Uszanowanko, jestem Max, jeden z lekarzy, gdzie ta chora pacjentka? – pielęgniarka przerażonym wzrokiem wskazała mi zatoczkę, w której gnieździło się kilka osób: konsultant psychiatrii razem ze swoją koleżanką i trzema pielęgniarkami. Ustawiłem się, jak nakazuje zwyczaj, na górnym końcu łóżka i wyjąłem swoje zabawki.

– Joanna, 45 letnia pacjentka z anoreksją, znana nam od jakiegoś czasu, przyjęta na oddział przedwczoraj po kolejnym epizodzie ostrych głodówek. **Rozpoczęliśmy protokół odżywiania, ale miała niski cukier, więc podaliśmy glukozę,** po czym znaleźliśmy ją w takim stanie. Wysłałem już gazówkę – konsultant psychiatrii wskazał na pacjentkę, która leżała przede mną. Była to wychudzona do szpiku kobiecina, z wątlymi włosami uczesanymi do tyłu pod chustę na głowie i



#### NOTA BENE

Syndrom ponownego odżywienia (refeeding syndrome) to bardzo częsty powód wezwania lekarzy na oddział zaburzeń żywienia. Nieleczony może okazać się rychłym stanem zagrożenia życia.



#### NOTA BENE

Zwiększenie jedzenia to jeden z częstych, ale i fatalnych błędów w protokole ponownego odżywiania. Kontrola elektrolitowa jest ważniejsza niż poprawienie niskiego cukru. Poziom, który dla zdrowego człowieka zakończyłby się śpiączką, u chorych na zaburzenia jedzenia może być tolerowany.





#### NOTA BENE

U młodych osób „normalne” wyniki badań czy obserwacji w sytuacjach stanów nagłych są często złym znakiem. Niezmęczone życiem organy potrafią bowiem bardzo dobrze kompensować straty ciśnienia czy niedobory elektrolitów, witamin i minerałów.

wystającymi kośćcami wszystkich kończyn. Żebra jej klatki piersiowej można było policzyć z daleka, zwłaszcza teraz, gdy ruszały się niemrawym trimpim tempem.

– Mam tutaj monitoring, podepnij proszę – zwróciłem się do pielęgniarki, po czym przyjrzałem się powoli znikającym drogom oddechowym. Miałem bardzo złe przeczucia. Pacjentka była podłączona do maksymalnej ilości tlenu ze zbiornika, a maska prawie przytłaczała jej wątłą twarz. Z dołu nozdrzy zwiślał jej przewód do sondy dożołądkowej. Pielęgniarka właśnie kończyła przypinanie naklejek do EKG, gdy monitor wybudził wszystkich z zadumy. Alarm pikujących saturacji zgrał się z obniżoną częstością oddychania i szybkim biciem serca. Organizm z całych sił próbował dostarczyć tlen do tkanek, ale brak wentylacji płuc udaremniał te zamiary. Ściągnąłem jej maskę z tlenem, na co pielęgniarka pisnęła z przerażenia.

– Co ty wyprawiasz! Zabierasz jej tlen? Zabierz ją!

– Spokojnie – spojrzałem na nią – wiem, co robię – starałem się wzbudzić jak największą pewności w całym personelu, chociaż sam cierpiałem na jej przewlekły niedobór. Chwyciłem głowę pacjentki i odchyliłem jej gardło. Następnie podniosłem szczękę i przyłożyłem do maski z workiem samorozprężalnym. Powoli wentylowałem jej płuca, które już ładniej podnosiły się do góry z każdym uciśnięciem worka. Alarm saturacji zamilkł, a jeźdźcy apokalipsy zatrzymali się w przedbiegach. Wkrótce okazało się, że tylko na chwilę.

– Kto tu dowodzi? – cisza była mi odpowiedzią. Zdyszana pielęgniarka wbiegła do sali z papierkiem w rękę. Wyniki badania gazometrii zamroziły mi krew w żyłach. pH 6.9, Lac 22. Te wyniki, nawet bez patrzenia na pO<sub>2</sub> czy pCO<sub>2</sub> były, wedle mojego podręcznika ze szkoły medycznej, „niekompatybilne z życiem”. Szczercze mówiąc, sam dziwiłem się, że osoba w takim stanie może jeszcze utrzymywać pracę serca.

Moim zadaniem było ją do tego życia z powrotem dokompatybilnić – W porządku. Mamy 45 letnią pacjentkę z silną kwasicą metaboliczną, nie jest w stanie oddychać sama i pozbyć się nadmiaru kwasu – byłem wtedy jedyną osobą, która ją trzymała przy życiu własnymi rękami – trzeba będzie ją zaintubować. Moira – zwróciłem się do pielęgniarki – Wezwij proszę Alice.

Ustawiłem pacjentkę w najlepszej pozycji i liczyłem czas. Już trzecia minuta wentylacji na pełnym tlenie, saturacje 95%. Miałem cały sprzęt i leki, trochę ludzi, ale mało doświadczonych w jakichkolwiek nagłych przypadkach. Nie jest źle, ale i nie jest cudownie. Wykonałem resztę czeklisty w głowie i sięgnąłem po laryngoskop. Otworzyłem jej usta i zdecydowanym ruchem łyżki odciągną-

łem jej język na bok, aby odsłonić nagłośnię. Było źle. Drogi oddechowe były wyjątkowo ciężkie do zobaczenia. Chciałem spróbować rurką intubacyjną bez pomocy i włożyłem ją do środka. Nie udało się. Rurka trafiła do przetyku. Sięgnąłem po cieńki niebieski przewód. Był cieńszy i łatwiej się nim było dostać do tchawicy. Usytuowałem go na miejscu i włożyłem po nim ruchem rurkę intubacyjną do środka. Pielęgniarka wyciągnęła niebieską prowadnicę i strzykawką nadmuchała balonik. Szybko podłączyłem rurkę do przewodu z workiem i tlenem. Wentylacja stała się o wiele łatwiejsza, CO<sub>2</sub> ukazało się na monitorze a słuchanie stetoskopem ukazało równy wlot powietrza do obu płuc. Kryzys zażegnany.

Ktoś mnie szturchnął.

– Alice?

– Max!

– Hm?

– Max?

– Ah tak, Max, drugi operator, neurochirurgia.

– John, anaestezjolog.

Każdy zebrany na sali operacyjnej przedstawił się po kolei. Widok nazwiska Alice na liście operacyjnej przypomniał mi o tych wydarzeniach sprzed trzech miesięcy. Joanne, pacjentka, którą wtedy resuscytowałem w jednostce chorób żywienia, leżała teraz w spokoju na stole operacyjnym. My kończyliśmy resztę czeklisty procedury bezpieczeństwa WHO.

Kim była Joanna? Jak wyglądała jej życie? Co doprowadziło jej do tego stanu? Te same pytania zadawałem sobie, gdy rozmawiałem z nią na oddziale intensywnej terapii po kilku dniach od wybudzenia się ze śpiączki farmakologicznej.

Joanna zawsze chciała zostać lekarką. W szkole miała same dobre oceny; najlepsza w klasie z chemii, Witowskiego i Pazdrę rozwiązywała na wrywki. Uskarżała się jedynie na ból kostek, którzy rodzice przypisywali stresowi klasy maturalnej. W drugim semestrze ból jednak nasilił się tak mocno, że kolejne zwolnienia z wf-u wypisywali już lekarz rodzinny, a potem ortopeda. Tabletki przeciwbólowe przyniosły tylko tymczasowe ukojenie, bo już za dwa tygodnie, Joanna znów znalazła się w gabinecie POZ-tu. Tym razem lekarz wykosztował się na podwójne prześwietlenie, które zmroziło samych radiologów: dwa złamania niskoenergetyczne u 18 latki? Jak to możliwe że zdrowe nogi mogły złamać się w wyniku zwykłego...chodzenia. Od razu skierowano ją na skan gęstości kości, który ukazał ciężką osteoporozę. I tak, jeszcze przed 20, Joanna cierpiała na chorobę 80-latek. Rzut oka na jej kartę leczenia powodował jeszcze więcej niepokoju: ważyła niecałe 30kg



#### NOTA BENE

Wyniki gazometrii (szybkiego badania krwi) pokazują stan zakwaszenia organizmu. Polecam ten akapit zwłaszcza fanom teorii o tym jakoby zjedzenie cytryny czy kapusty miało wytrącać pH organizmu z normalnych zakresów.

przy 1.62m wzrostu i brakowało jej zewnętrznych cech charakterystycznych dla dojrzewającej kobiety. Lekarze natychmiast postawili diagnozę: anoreksja, należy rozpocząć intensywne leczenie! Przyjęli ją do szpitala, włożyli sondę dożołądkową przez nos i karmili kolejnymi kalorycznymi koktajlami. Po prawie trzech dekadach i kilkunastu przyjęciach do szpitala, w wieku 45 lat udało się jej przytyć do... 40kg. Jej życie niestety nie wyglądało znakomicie.

Kiedy odwiedziłem ją w domu po wypisie ze szpitala, przyjęła mnie z uśmiechem na twarzy.

– Wyglądasz zdrowiej – powiedziałem, po czym szybko ugryzłem się w język. Zobaczyła moje zakłopotanie i uśmiechnęła się bardziej – **Nie chciałem mówić, że lepiej czy jak.** Po prostu cieszę się, że nie leżysz już pod wentylatorem.

– Rozumiem, nie martw się, wiem o co ci chodzi – odparła przyjaźnie – Chodź do środka.

Na ścianie wisiał jej dyplom uczelni medycznej. Udało się jej skończyć lekarski, ale na drugim roku specjalizacji nie dała już rady fizycznie utrzymać tempa wycieńczającego zawodu. Już w wieku 16 lat stała się bardziej odizolowana, nie cieszyła z rodzinnych zebrań czy spotkań z przyjaciółmi. Wiedziała, że będzie musiała wymyślać kolejne wymówki, czemu nie chce jeść: a to bo już jest po obiedzie, a to bo ją brzuch boli, a to bo nie ma ochoty. Lepiej było po prostu przestać przychodzić, a lista z zaproszeniami powoli wyszła do dna. Każdy dzień kręcił się wokół jedzenia: jak go unikać, skąd wziąć poszczególne towary i jak spalić kalorie.

Jedyny posiłek dnia zaczynał się równo o 14. To wtedy Joanne wyciągała najtańszą rybę z zamrażarki i wrzucała ją do garnka z wodą. Następnie, na małym gazie podgotowywała dorsza atlantyckiego aż jego białe wnętrzności rozkładały się we wrzątku. Kilka żółtych kóleczek tłuszczu wyjmowała ręcznikiem papierowym, następnie memłała widelcem pozostałe części ryby i wyciągała resztki tłuszczu, który zebrał się na ściance garnka. Całość odsączała na durszlaku i ładowała na kolejne warstwy ręcznika. Tak gotowany i filtrowany posiłek był gotowy do spożycia o 16.30. Joanna ustawiała każdą część papki na odpowiednim miejscu na talerzu i odgradzała stosowne sektory widelcem. Następnie powoli jadła każdą część, zaczynając od prawego górnego rogu, na ukos, aż do lewego dolnego. Przy każdym kęsie przeżuwała go przez pięć minut, po czym wypływała zawartość na talerz. Resztki rozmiełanego płynu odsączała ręcznikiem, aby znów wziąć wyjedzony mięsz do ust. Na kwadrans po częściowym zjedzeniu ryby (zawsze 3/4 zostawiała), Joanna chwaliła się braniem dwóch tabletek z witaminami.

– Lekarz mi kazał – argumentowała – A dzisiaj,

z okazji, że przyszedłeś, zjem deser! – zaciekawiony poszedłem z nią do szafki. Tam była paczka cukierków owocowych. Wyjęła jednego dla mnie, a drugiego, z pudełka obok, położyła przed swoim talerzem. – Cytrynowy, mój ulubiony.

– Chcesz mi powiedzieć, że zjesz ze mną cukierka?

– No nie, bez przesady – zaśmiała się – wezmę go do buzi na chwilę i schowam na potem – obserwowałem ten dziwny rytuał, gdy Joanna odpakowała uprzednio sklejoną paczkę i polizała cukierka z jednej strony. Następnie z obrzydzeniem włożyła go z powrotem i odsunęła talerz od siebie. – Ale się dzisiaj przejadłam! Czas to spalić!

Pomimo nawracających złamań, Joanna nie trzymała nogi w gipsach. Odklejała wszystkie plastry i z przesywającym bólem zmiażdżonych kostek, łydek i kolan, pokonywała 9 i pół kilometra dziennie, tylko żeby utracić kalorie pochłonięte przez siebie w ten cudaczny posiłek.

Jej zdrowie podupadało. Próbowowała już każdej terapii, leków i kilkunastu przyjęć do szpitala – wszystko kończyło się niepowodzeniem. Teraz otrzymała nową szansę.

Na sali operacyjnej panowała cisza, gdy odpowiednio odmierzony na skanie mózgu układ współrzędnych przeniósł się na ramkę wokół głowy chorej. Każda zasuwana metalowego stelara była już w odpowiedniej pozycji, a ja z szefem sprawdziliśmy na modelu, czy wszystko się zgadza. Przekroiłem skalpelem skórę czaszki i diatermą przypaliłem krwawiące naczynka. Gaza pochłonęła resztę krwi. Następnie wiertło lekko przedziurawiło kość czaszki i otworzyło drogę do mózgu.

– Spokojnie, Jo, wszystko idzie dobrze – zapewniał anestezyjolog, który ścisnął ją za rękę

– Wiem. Jestem w dobrym miejscu – uśmiechała się i spoglądała na zegar operacyjny. Przewód głębokiej stymulacji mózgu powoli wszedł w jej miękką tkankę i zadomowił się w odmierzonym uprzednio miejscu. Elektrofizjolog zbadał napięcia i potwierdził nieszkodliwą oraz prawidłową natenczas pozycję stymulatora.

Joanna miała się dobrze.



#### NOTA BENE

W przypadku chorych na zaburzenia żywienia warto jest uważać na język. Coś, co wydaje się niegroźne może rezonować w ich głowach przez wiele miesięcy.



#### DECYZJE KLINICZNE

Co jest priorytetem w leczeniu zaburzeń żywienia  
Odpowiedz: (TAK/NIE)

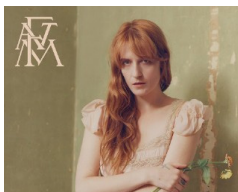
- Poprawienie poziomu cukru we krwi.
- Przymusowe karmienie
- Psychoterapia i terapia rodzinna
- Leczenie terapią SSRI (antydepresanty).

# ZNÓW DLA CIEBIE BOGA NIE WYSTARCZY

## SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY (SOR)

### Psychiatria Zaburzeń Jedzenia

Joanna przeżyła epizod nagłego zatrzymania krążenia, który wymagał interwencji intensywistycznej i intubacji. Znajduje się teraz w zatoce resuscytacyjnej SORu i czeka na dalsze leczenie. Jest znieczulona i oddycha za pomocą wentylatora. Co spowodowało jej stan? Jak sprawić, żeby się nie powtórzył? Czy uda ci się uratować życie i pokonać tę śmiertelną chorobę?



Kiedy miałam 17 lat zaczęłam się głodzić. Myślałam, że miłość jest rodzajem pustki. Bo przynajmniej rozumiałam głód, który czułam. I nie musiałam nazywać go samotnością.

- Florence + the machine „Hunger”

### DEFINICJA I DIAGNOZA

Zaburzenia żywienia są chorobami mózgu polegającymi na patologicznym stosunku do posiłków, jedzenia i własnego wyglądu. W diagnostyce występuje wiele nazw i definicji, takich jak: *anorexia nervosa* (AN) – głodówki, niedowaga; *bulimia nervosa* (BN) – przejadanie się i wymioty; oraz inne zaburzenia niedojadania, przejadania się, otyłości i wymiotów (Ryc.1). Choroby te występują na spektrum i mają wiele elementów wspólnych: o ile otyłość i anoreksja na pierwszy rzut oka mają skrajnie inny wygląd, obie choroby cechują się, np. jedzeniem jako centrum reakcji na stres.

Patologie zaczynają się niewinnie: od zamiaru redukcji masy ciała czy polepszenia wyglądu. Jednak z pozoru normalne zachowania bardzo szybko przeradzają się w wyuczony i rytualnie powtarzany zwyczaj. Przestaje chodzić o osiągnięcie czegoś konkretnego; kontrola jedzenia staje się celem samym w sobie. Warto zauważyć, że pacjenci nie widzą w tym niczego złego, dlatego jakiegokolwiek programy przesiewowe są nieskuteczne.

**F50.0 Anorexia nervosa** to zespół, w którym osoba chora cierpi na idee nadwartościowe, cechujące się obsesjami na punkcie kształtu, masy i rozmiaru swojego ciała. Chorzy na AN bardzo często myślą, że są zbyt grubi i czują, że powinni stracić jeszcze więcej kilogramów. Formułują zatem skomplikowane metody redukcji masy ciała i sumiennie wykonują ich założenia. Znane przykłady to: obsesje dietetyczne, głodówki, intensywne programy ćwiczeń, przeżuwanie i wyplukiwanie, mieszanie i bełtanie żywności, aby wyglądała jak zjedzona, indukowane wymioty po posiłku, przyjmowanie leków przeczyszczających, diuretyków (usuwających wodę), zmniejszających apetyt, ograniczenia przyjmowania płynów, płukanie żołądka i odbyticy. Czynności te są wyjątkowo pracochłonne, więc nietrudno sobie wyobrazić jak w krótkim czasie absorbują większość

dnia chorej. Ta zaczyna wieść życie pełne izolacji, dziennych rytuałów i panicznego lęku przed przytyciem o chociażby kilka dekagramów.

Czy jest to podyktowane chęcią konformizmu do nierealnych ideałów fitnessu lub zdobyciem partnera, partnerki? Okazuje się, że nie. Głodówki powodują osłabienie popędu seksualnego przez supresję hormonów czynności płodnych. Organizm ewolucyjnie przystosował się do tego, że w czasach głodu zachodzenie w ciążę nie jest najlepszym pomysłem. Chorzy nie szukają również poklasku, chociaż zgodnie twierdzą, że przytycie z pewnością zmniejszyłoby ich atrakcyjność. I tak, izolacja i obsesje jedzeniowe powodują utratę znajomych, spadek umiejętności społecznych i brak zaangażowania w życie innych.

Diagnozę **atypowej AN F50.1** stawia się, gdy ogólny obraz kliniczny przemawia za klasyczną AN (np. spadek masy ciała, zachowania idące w kierunku redukcji masy ciała), ale brakuje jakiegось z głównych objawów, np. braku menstruacji u kobiet (amenorrhoea) lub mniejszy strach o bycie grubym.

*Rozpoznanie różnicowe:*

- Utrata masy ciała przez chorobę, np. nowotwór, nadczynność tarczycy, niedożywienie przez problemy finansowe
- Bulimia nervosa (*sprawdź*: dominację przejadania/wymiotów, BMI w BN zazwyczaj jest OK).

**F50.2 Bulimia nervosa** to choroba, której głównym elementem są cykle przejadania się i wymiotów (z ang. *binges/purges*). Tu też występują obsesje na punkcie swojej masy ciała i wyglądu. Mimo że posiada ona wiele elementów wspólnych z AN, rzadko powoduje większe powikłania zdrowotne (masa ciała zachowana). Częste wymioty mogą jednak powodować dysbalans elektrolitowy. Podobnie do AN, w **atypowej BN** (F50.3) może brakować ważnych elementów, np. idei nadwartościowych związanych z własnym kształtem.

*Rozpoznanie różnicowe:*

- Przejadanie się związane ze stresującym zdarzeniem (F50.4) np. śmiercią bliskiego, wypadkiem, narodzinami dziecka.
- Wymioty związane ze stresującym zdarzeniem



### DECYZJE KLINICZNE

Co należałoby teraz zrobić z Joanną  
Odpowiedz: (TAK/NIE)

**X** Chorzy są przyzwyczajeni do niskich cukrów, ich nagłe podniesienie może być śmiertelne.

**X** Przymusowe karmienie powinno być ostetecznością.

**V** Psychoterapia i terapia rodzinna są niezwykle skuteczne

**V/X** Tylko niektóre są właściwe w konkretnych sytuacjach; większość nie działa w tych zaburzeniach.

### MYK KLINICZNY CZY JA JESTEM GRUBA, PANIE DOKTORZE?

Metryką najczęściej używaną w ocenie intensywności zaburzeń żywienia jest BMI (z ang. Body Mass Index, [kg/m<sup>2</sup>]):

- Łagodnie: BMI > niż 17
- Średnie: BMI 16–16.99
- Silnie: BMI 15–15.99
- Ekstremalnie: BMI < 15

Ciężko jest jednak sprowadzić skomplikowaną fizjologię organizmu do jednego numeru; normalne BMI mówi bardzo mało o ogólnym stanie zdrowia, podniesione niekoniecznie o chorobie.



(F50.5), zespołem dysocjacyjnym (F44), hipochondrią (F45.2) lub ciężą (O21). Występują również inne zaburzenia żywienia (F50.8), np. utrata apetytu lub jedzenie niezdatnych do spożycia przedmiotów (włosy, brud, farba) u dorosłych.

Wspólnym mianownikiem chorób żywienia jest próba kontroli stresu. Wiele osób z AN mówi o tym, że przez głódówkę trzymają swoje uczucia na wodzy. W końcu strach przed dojrzewaniem, separacją od rodziny czy znalezieniem sposobu na życie można łatwo sprowadzić do jednego, zrozumiałego uczucia: głodu. Myśli o skomplikowanych relacjach międzyludzkich może zastąpić obsesja nad wyławianiem tłuszczu z gotowanej ryby, a emocjonalne burze łatwo kontroluje się przez zniewolenie osi hormonalnych swoją dietą. Powoduje to nie lada paradoks. Choroba, która kusi ich utrzymaniem kontroli nad życiem tak naprawdę dyktuje większość poczynań, uczuć i myśli osoby chorej. Nierzadko aż po ostatnie jej dni.

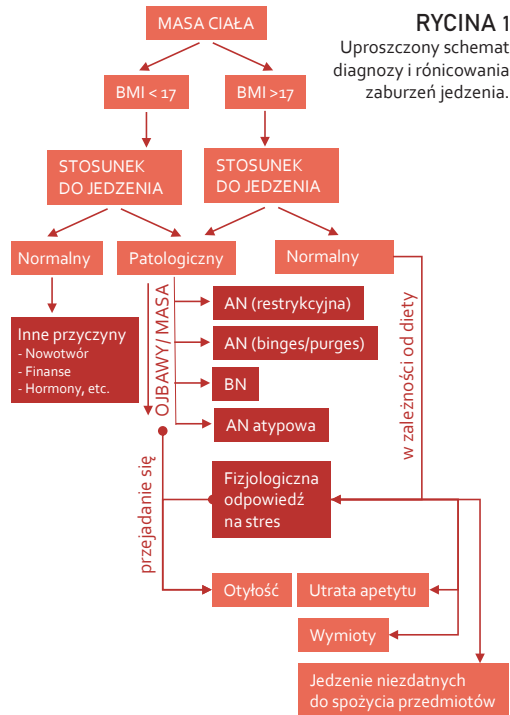
**EPIDEMIOLOGIA**

Znakomitą większość populacji chorych stanowią kobiety (Hoek, 2006). Badania wskazują, że na 100 tys. osób (czyli w powiecie średniej wielkości, np. żarskim), co roku 6 osób zachoruje na AN i 9 na BN (Simnk et al., 2016). Wobec takich statystyk wiele osób uważa, że zaburzenia żywienia są wymysłem XXI wieku: kultury kolorowych wyfotoszopowanych gazet i przerysowanych do granic możliwości cross-fitowych profili na mediach społecznościowych. Nie jest to jednak prawda. Już XIV wieczne źródła raportują o licznych przypadkach AN; Kościół Katolicki był tak zaniepokojony stanem wiernych, że oficjalnie nakazał świętej Katarzynie ze Sieny modlić się, aby Bóg przywrócił jej chęć jedzenia (bezsłutczenie) (Hepworth, 1999). W 1689 roku, Richard Morton opisał przypadki leczenia anoreksji w swoim „Fityzjologii lub Traktacie nad Konsumpcją” (Morton, 1694).

Szczątkowe dane polskie wskazują na wzrost przyjęć do systemu świadczeń psychiatrycznych w zaburzeniach jedzenia, np. między 1993 a 2003 rokiem w Lublinie (Pawłowska & Masiak, 2007). Być może ujednoczenie polskiej kultury popularnej z wzorcami anglosaskimi spowodowało patologiczne zmiany społeczne, o których pisze Pawłowska i Masiak. Kontrargumentem do tego stwierdzenia byłby przykład Królestwa Niderlandów, w którym przed i post internetowe statystyki są niezmiennie: w ciągu ostatnich 30 lat, tamtejsze ośrodki nie zanotowały żadnych zmian w zachorowalności na AN, a nawet obniżenie ilości przypadków BN (Simnk et al., 2016).

**AETIOLOGIA**

Wiele czynników społecznych wiąże się z zachorowalnością na zaburzenia żywienia: wykształcenie matki, komunikacja z matką, problemy zdrowia



psychicznego w rodzinie (Nowak, 2013). Krzywdzące jest jednak nazywanie troskliwej rodzicielki „anorektyczną matką”, tłumacząc, że nadopiekuńczość i pasja w leczeniu dziecka są powodem zaburzenia. To guśto było przez długi czas głównym uzasadnieniem leczenia przez separację.

Istnieje trochę dowodów na to, że traumy wieku dziecięcego mogą zmienić struktury mózgu w AN (Monteleone et al., 2019) czy że mogą być przyczyną wewnętrznego głosu, który nakazuje nie jeść (Pugh et al., 2018). Warto jednak zauważyć, że wszystkie te badania mają charakter retrospektywny; toteż nie sposób ocenić, czy problemy rodzinne i społeczne są przyczyną czy skutkiem zaburzeń żywienia.

**Genetyka**

AN cechuje się dużą agregacją rodzinną: córki chorych mają 5x większe szanse na zachorowanie (Steinhausen et al., 2015), a niektóre badania mówią nawet o tym, że 23-74% przyczyn zachorowalności wiąże się z genetyką (Treasure et al., 2015). Niestety, nie udało się jak na razie ustalić konkretnych genów odpowiedzialnych za chorobę (Wang et al., 2011).

**Metabolizm**

Zaburzenia jedzenia powodują prawdziwą plejadę różnych zmian metabolicznych. Stąd niektórzy patrzą na AN pod względem choroby gospodarki cukrami i tłuszczami. Zmiany genetyczne wśród chorych powodują, np. obniżenie trójglicerydów, zwiększenie wrażliwości na insulinę i obniżenie poziomu glukozy (Bulik-Sullivan et al., 2015). Co więcej, najnowsze badania na N=2929 dzieci wskazały na niektóre zmiany metaboliczne w wieku 7 lat, które mogą przewidywać AN i formy

**OBJAWY ZABURZEŃ ŻYWIENIA**

Przypadłości w dużej mierze będą zależały od rodzaju choroby żywienia, jej intensywności i przyjmowanych substancji.

**Sercowo-naczyniowe**

- Nagły zgon sercowy,
- Niskie tętno,
- Niskie ciśnienie, zwłaszcza po wstaniu,
- Arytmie,
- Defekty zastawki mitralnej,
- Niewydolność serca.

**Hormonalne**

- Zmęczenie,
- Ciągłe lub zwiększone poczucie zimna,
- Zatrzymanie miesiączki,
- Zmniejszenie libido,
- Zaburzenia erekcji (zwłaszcza porannej),
- Opuchnięte gruczoły koło przełyku
- Bezpłodność.

Immunologiczne

- Częste infekcje,
- Długotrwałe przebiegi, grypy.

**Mięśnie i szkielet**

- Atrofia mięśni,
- Częste złamania,
- Rzadkie włosy,
- Osteoporoza.

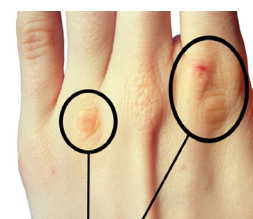
Gastrologiczne

- Zatwardzenie,
- Biegunki,
- Poczucie wzdęcia po jedzeniu,
- Wymioty,
- Wrzody żołądkowe,
- Przerwanie przełyku,

**Neurologiczne**

- Neuropatia (defekty nerwów),
- Delirium,
- Napady i konwulsje,
- Śpiączka.

↓ Znak Russela to znamiona na dłoni wywoływane przez wkładanie ręki do gardła i wywoływane przez to częste wymioty w przebiegu BN. Fot. z fundacji Wikimedia.



## MYK KLINICZNY TO WSZYSTKO PRZEZ MOJE GENY!



To prawda, że niektórzy mają predyspozycje genetyczne do zaburzeń żywienia. Nie zmienia to faktu, że dużą część z tych skłonności da się przezwyciężyć odpowiednią dietą, psychoterapią i dobrą współpracą z lekarzem.

BN w wieku 14, 16 i 18 lat i to zupełnie niezależnie od jakichkolwiek czynników społecznych (Santos Ferreira et al., 2019). W skrócie oznacza to, że im bardziej zaawansowana anoreksja, tym lepiej organizm radzi sobie z przelewaniem paliwa (glukozy, cukru) do baku samochodu (komórki) – odpowiada za to insulina i trójglicerydy. W chorobach przejadania się (np. otyłość, binge-eating disorder) obserwuje się odwrotną zależność: choć chory dostarcza sobie coraz więcej benzyny, leje się ona po karoserii samochodu, bo bak paliwa pozostaje zamknięty (przepis na katastrofę!). Predyspozycje do jednej lub drugiej formy wydają się być obecne w materiale genetycznym i metabolicznym chorych. Nie sposób nie zadać sobie zatem pytania: być może choroby żywienia są jedynie skrajnym przypadkiem dziedzicznej genetycznie patologii metabolizmu?

### Konektomia

Niezdrowy stosunek do żywności i patologiczne zachowanie to tylko wierzchołek góry lodowej zaburzeń żywienia. Podobnie jak w PPD, AN obniża zdolności decyzyjne, społeczne, i kognitywne oraz otumania sposób postrzegania samego siebie. Co sprawia, że mózg tak się zachowuje? Kluczowy element rozwiązania tej zagadki mogą stanowić wyniki obrazowania (Treasure et al., 2015; King et al., 2018). Niestety, choroby żywienia bardzo ciężko jest badać w taki sposób. Jak stwierdzić, czy zmiany widoczne na skanach są przyczyną zaburzeń czy wytworzyły się w trakcie choroby?

#### 1. Linia motywacyjna

Ta znana z uzależnień autostrada cierpi na kilka ważnych awarii w AN. Zapewne każdy zna to miłe uczucie, gdy pomyślimy o ulubionym kebabie, pizzy lub pysznych domowych pierogach. Normalnie, striatum zachęca nas wtedy przez dopaminę do jedzenia (motywacja) oraz daje przyjemność ze spałaszowanego talerza ruskich z cebulką (hedonizm). Jego inna część, ventral striatum wysyła sygnały do linii nagrody, przez orbitofrontal cortex, aby dać nam znać, że jesteśmy już najedzeni i szczęśliwi.

W przebiegu AN, te mechanizmy przestają działać. Jedzenie nie daje radości, motywacja spada, a nagroda z nasycenia się jest znikoma. Psuje się również kora wyspy (insular cortex), która powoduje, że jedzenie nie smakuje już tak dobrze, jak dla większości ludzi. Niektórzy wskazują również, że to właśnie tutaj wytwarza się brak kontroli nad jedzeniem, który jest główną przyczyną przejadania się w BN czy otyłości.

#### 2. Linia nastroju

W miarę postępowania głodówek zaczynają się też zaburzenia gospodarki serotoniny (hormonu „spokojnego szczęścia”). Nie pomaga niski po-

ziom **estrogenu**, kobiecego hormonu, którego produkcja wyhamowuje się w miarę restrykcji jedzenia. Kombinacje tych dwóch deficytów powodują obniżenie nastroju i złe samopoczucie. Przyczynia się to również do spadku zdolności kognitywnych, przede wszystkim przez wytworzenie sztywności myślenia (z ang. „concrete thinking”). Ta powoduje widzenie świata w czarno-białych barwach: wszystko jest albo dobre albo złe; niuansy, metafory czy zależności przestają być widoczne. Chory upiera się przy swoim monotonnym i rytualnym zachowaniu głodówek, przejadania lub wymiotów i nie widzi żadnej potrzeby zmiany. Słabe samopoczucie i spadek umiejętności społecznych propagują dalszą izolację. Ta, w miarę postępowania choroby, wyniszcza relacje międzyludzkie i powoduje trwałe deficyty kognitywne.

### 3. Linia strachu

Ta znana z zaburzeń limbicznych linia przechodzi przez ciało migdałowe i powoduje wytworzenie się fobii jedzenia, takiej samej jak w przypadku strachu przed pajakami czy węzami. Co ciekawe, panika wytwarza się tylko gdy chory widzi jedzenie bez ostrzeżenia. Jeśli oczekuje go, np. w porze obiadowej lub na przyjęciu, potrafi się adaptować i regulować swój strach, co jest najprawdopodobniej mechanizmem adaptacyjnym.

### 4. Zaburzenia samopotręganania

Jednym z głównych elementów chorób żywienia jest problem z postrzeganiem własnego wyglądu. Może to wynikać z dysfunkcji sieci podstawowej i sieci salience network. To one odpowiadają za podenerwowanie przy zobaczeniu jedzenia, obsesję i nadmierną uwagę przykuwaną do posiłków oraz percepcję swojego własnego ciała i jego wyglądu („jestem gruba”, „ciągle za dużo tłuszczu” ale i „muszę jeszcze urosnąć”, „biceps ciągle za mały”).

## LECZENIE

Kuracja zaburzeń żywienia jest bardzo trudna. Warto uważać na podejście do osoby chorej i postrzeganie zaburzeń w ogóle. Sposób na szybką porażkę to:

- **Wyjaśnij osobie chorej, że przecież może jeść!** Albo że przecież nie musi wymiotować po jedzeniu – przecież to proste! Pod zaburzeniami nie kryje się nic poważniejszego... Pamiętaj, że zaburzenia psychotyczne też leczyć można zwykłym „przestań widzieć te demony!”.
- **Dopóki ktoś ma BMI > 17 to nie twój problem!** Gruba osoba nie może przecież być anorektyczką... (lub się nią stać!) a na pewno nie warto brać jej zaburzeń na poważnie, przecież „nie wygląda na kogoś kto by miał kłopoty z jedzeniem hue hue”.

## MYK NAUKOWY KRZYWDZĄCE UPRZEDZENIA



W kuchennej psychiatrii utarły się szkodliwe mity na temat zaburzeń żywienia. Mówi się, na przykład, że wykorzystanie seksualne może być przyczyną patologii. Jest to oczywiście nieprawda (Calugi et al., 2018),

RYCINA 2

Orientacyjne przedstawienie sieci uwikłanych w zaburzeniach żywienia.



• **Żartuj sobie i pozwalaj na niewybredne komentarze. Przecież chora się śmieje!** Zaśmieję się z wyglądu, zażartuję, że teraz na pewno chłopaka jej łatwo będzie znaleźć hue hue hue.

• **Strasz i czytaj długie listy powikłań:** „Czy ty kochana wiesz co ty sobie robisz tym wszystkim? „Wiesz jakie to jest nieodpowiedzialne?”, „Chcesz, żebym twojej mamie powiedziała o tym, jak się zachowujesz?”, „Nie będziesz mówił dorosłym, co mają z tobą zrobić!” „Ja za twoich czasów to nie miałam co do garnka włożyć, a ty wybrzydzasz...”, „Mam cię znowu do szpitala zamknąć? Unieruchomię i nakarmię jak się będziesz rzucać”. Przecież zwykłe wyjaśnienie konsekwencji to za mało, głupia dzieciara nie zrozumie...

Jeśli uważasz, że powyższe metody nie będą skuteczne, spróbuj kilku innych:

1. Początkowe badanie – identyfikacja wpływu zaburzenia na życie codzienne, dynamiki rodziny, szkoły, pracy, uczelni, związków, etc. + szczegółowy przegląd układów: głównie gastrologiczny, ale i nerwowy, naczyniowy.

„Jak czujesz się, gdy jesz?”, „Co sądzisz o jedzeniu?”

Urojenia na temat jedzenia, strach, fobie, obsesja, zacierzwienie, defensywność lub uparcie mogą świadczyć o patologicznym stosunku do żywności i o niezdrowym zachowaniu.

„Co myślisz o swoim wyglądzie? Swojej wadze?”, „Co jest twoją wymarzoną sylwetką i jak chciałbyś ją osiągnąć?”

W ten sposób można różnicować etiologię, np. dobra kondycja fizyczna lub smukła sylwetka to normalne cele (patologiczne mogą być metody ich osiągnięcia); kulturystyka czy kompulsywne ćwiczenia mogą być próbą osiągnięcia czegoś co spodobałoby się płci przeciwnej lub tożsamej (jako wyjaśnienie niepowodzeń) lub chęć posiadania jakichś osiągnięć wobec samego siebie. Wiele metod staje się rytuałami, więc niekoniecznie muszą mieć dużo sensu, np. „schudłem już tyle to nie mogę teraz przestać wymiotować”. Jeśli cel jest zupełnie nierealny, np. BMI 11, dążenie od niego będzie zawsze skazane na porażkę.

„Czy próbujesz się odchudzać lub zmniejszyć masę ciała? Jeśli tak to jak?”

Sposoby mogą być różne. Warto jest skupić się na całości choroby: co jest przyczyną takich zachowań, co mają na celu, jak bardzo są groźne. Szczegóły takie jak wybieranie oczek tłuszczu czy branie sterydów nie są najważniejsze, chociaż mogą wydawać się najbardziej szokujące.

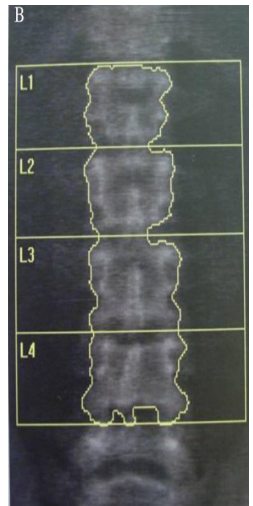
„Co o tym mówią twoi znajomi? Szkoła? Rodzina? Twój chłopak/dziewczyna?” „Myślisz, że mają rację?”

Bardzo często zdanie rodziny jest przez chorego zmieniane i podane z negatywną argumentacją. Jeśli jednak zapytasz się o podanie ich stanowiska i „dlaczego tak myślą” możesz uzyskać ciekawy obraz, np.:

- „Moja mama ciągle się mnie czepia i mówi, że

MYK NAUKOWY DEXA SKANY

Pomiar gęstości kości (np. DEXA scan) może być przydatny przy określeniu zniszczenia kości i diagnozie osteoporozy. Przykładowy obraz z takiego skanu widoczny poniżej.

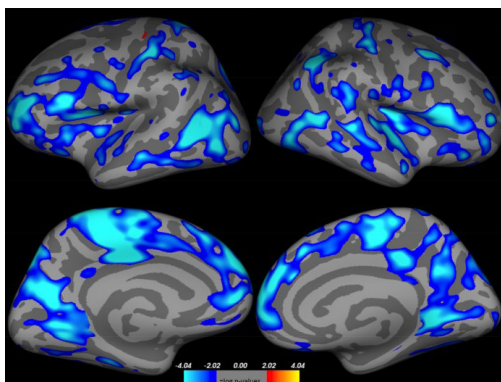


Przykład bardzo zaawansowanej utraty gęstości kości w kręgosłupie (u góry) i kości udowej (dolny panel) na skanie DEXA. Skan polega na podwójnym prześwietleniu promieniowaniem Röntgena, jak przy prześwietleniu klatki piersiowej. Klisze uprzejmie dostarczone przez fundację Wikimedia.



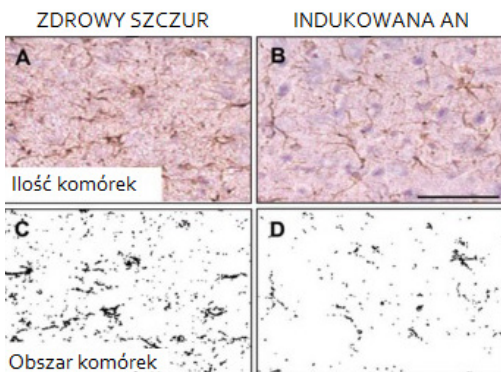
### RYCINA 3 →

Zmiany w mózgu osoby chorej na AN. Im jaśniejszy niebieski kolor, tym większa utrata tkanki mózgowej w porównaniu ze zdrowym człowiekiem. Sekwencje rezonansu magnetycznego ujęte dostarczone przez Seitz et al., 2018). Olbrzymia ilość zmian pokazuje jak bardzo dewastującą chorobą może być AN.



### RYCINA 4 →

Zmiany w ilości astrocytów (komórek mózgu) u szczurów z indukowaną AN vs. zdrowych (Seitz et al., 2018). Plansze A,B pokazują ilość komórek pod mikroskopem, C i D zaś ich obszar na modyfikowanej planszy. Obraz pokazuje że zmiany, choć mikroskopijne, widoczne są nawet gołym okiem.



*mój wygląd jej nie pasuje. Ale ja właśnie taki wolę i nie powinna się do tego wtrącać!*

- A jak myślisz, dlaczego twoja mama tak sądzi?

- Nie wiem, może dlatego, że dużo ostatnio schudłam i nie chcę jeść z nimi obiadu”.

Warto jest wtedy zapytać o inne objawy, o jakiegokolwiek rytuały, zasady, historię wcześniejszych chorób i związek przyczynowo-skutkowy, np. brak jedzenia jako próba kontroli stresu lub reakcji na stres, brak jedzenia w związku z niskim nastrojem, brak jedzenia po utracie pracy, etc.

2. Ustalenie i wdrożenie psychoterapii – to główna oś leczenia, zwłaszcza w formie terapii rodzinnej, może się to odbywać poza szpitalem.

3. Rozdzielenie chorego od rodziny i przyjęcie do szpitala powinno odbywać się jedynie gdy następuje poważne zagrożenie życia (Madden et al., 2015). Nie ma jednak dowodów na lepsze wyniki długiego przyjmowania do szpitala vs. przyjęcia ambulatoryjnego czy leczenia w domu (Herpertz-Dahlmann et al., 2014). Warto jest zatem skupić się na formie leczenia, która jest najmniej inwazyjna.

4. Psychoterapia rzadko przynosi efekt, gdy organizm jest całkowicie wykończony. Najpierw wylecz zaburzenia metaboliczne, a później rozpocznij psychoterapię.

5. Zaangażowanie rodziny jest niezwykle ważne, zwłaszcza u chorych w wieku dojrzewania. U starszych dorosłych przynosi to mniejsze efekty.

6. Terapia powinna być elastyczna i dostosowy-

wać się do potrzeb pacjentki. Sztywne metody rzadko przynoszą odpowiedni skutek.

7. Terapia krótkotrwała, nastawiona na minimalizację szkód spowodowanych wycieńczeniem organizmu, jest najlepszym rozwiązaniem. Zwiększenie masy ciała (BMI) nie powinno być celem samym w sobie, bo nie przynosi zamierzonych efektów (Goddard et al., 2013).

8. Leczenie pacjentek może odbywać się z powodzeniem w zwykłych szpitalach, np. na oddziałach gastrologicznych czy kardiologicznych.

9. Podawanie bisfosfonatów korzystnie wpływa na zachowanie odpowiedniego zdrowia kości, rozważ również terapię oestrogenami (Ward et al., 2007).

### Samopomoc i wskazówki

W wielu przypadkach rekomendacja odpowiednich materiałów do pracy własnej pomaga w leczeniu zaburzeń żywienia. W takiej formie interwencji zaobserwowano redukcję objawów zaburzeń o 71% [N=202, CI95% -1.01,-0.41], wzrost ogólnego samopoczucia o 32% [N=202, 95%CI 0.51, 0.13], tak jak i zdolności interpersonalnych o +34% [N=194, 95%CI 0.67, 0.02]. Nie zaobserwowano za to zmian w BMI, co pokazuje jak bardzo zwodnicze może być opieranie całej terapii tylko na tym wskaźniku (Hay et al., 2015)

### Terapia rodzinna

Leczenie polega na trzech fazach, składających się z 24 jednogodzinnych spotkań, prowadzonych przez 12 miesięcy. Pierwsza faza to 2-3 miesiące cotygodniowych sesji, w których terapeuta stara się uświadomić rodziców, że choroba dziecka to nie ich wina oraz pochwalić ich za pozytywne zachowania i dobre aspekty ich wychowania. Początkowo dziecko widziane jest osobno od rodziców, a następnie terapeuta łączy sesje i stara się stymulować zdrową dyskusję na temat tego, jak można przywrócić zdrową wagę i dobre zachowania żywieniowe u dziecka.

Druga faza opiera się na przyzwyczajaniu rodziców, że ich głównym zainteresowaniem nie powinna być ścisła kontrola wagi czy ciągłe myślenie o zdrowiu swojego dziecka. To samo stara się zrobić nastolatka. Celem tej fazy jest zmiana postrzegania rodziny na życie ze „zwykłą” 15 latką, a nie 15 z anoreksją.

Ostatnia faza skupia się na polepszeniu relacji między dzieckiem a rodziną i stymulacją zdrowych relacji.

Badania na N=1060 nastolatków poniżej 18 roku życia pokazują, że ten rodzaj psychoterapii wypada najlepiej. Chore mają ok. 3.5 raza więcej szansy na wyzdrowienie po takiej metodzie RR 3.5 [N=81, 95%CI 1.49,8.23]. Łyżkę dziegiu do

### MYK KLINICZNY SZYBKIE PRZESIEWY



Pytaj o następujące objawy:

- Czy wywołujesz sobie wymioty, aby było ci komfortowo?
- Czy boisz się o utratę kontroli nad tym, ile jesz?
- Czy utraciłaś więcej niż 7kg w ciągu ostatnich 3 miesięcy?
- Czy sądzisz, że jesteś gruba, nawet jeśli inni mówią inaczej?
- Czy uważasz, że jedzenie dominuje twoje życie?

Odpowiedź „tak” na 2 lub więcej oznacza prawdopodobną diagnozę (Morgan et al., 1999).

tej psychoterapeutycznej beczki miodu dodaje fakt, że wiele studiów nie mierzy długotrwałych wskaźników po zakończeniu terapii. Nie ma również wystarczających danych na rekomendację danego sposobu terapii rodzinnej, chociaż ta oddzielna (rodzic i dziecko widzeni są osobno przez terapeutę) wydaje się być lepsza (Fisher et al., 2019).

U dorosłych, psychoterapia jest bardziej skomplikowana. 12 RCT (n=1157) pokazało trochę dowodów na CBT-E (formę terapii kognitywno-behawioralnej w zaburzeniach jedzenia) i terapię rodzinną, a także na specjalistyczne zarządzanie objawami, czyli kombinację edukacji, terapii i klinicznej korekty zaburzeń metabolicznych (którekotrwałe lepsze niż CBT-E)(Zipfel et al., 2014). W długim okresie nie ma dowodów na wyższość którejkolwiek metody (Carter et al., 2010).

Jak działają te terapie? CBT zostało umówione w terapii zaburzeń limbicznych; jego wariant „E” (dostosowany do zaburzeń żywienia) zakłada modyfikację zasadniczych faz leczenia do (1) zrozumienia przyczyn i przebiegu choroby z ustabilizowaniem wzoru i metod jedzenia, (2) kontroli i modyfikacji planów wyzdrowienia, (3) skupienia się na samopotrzeganiu i przyczynach zaburzeń, (4) stabilizacji i prewencja nawrotów.

Terapia MANTRA modyfikuje CBT jeszcze bardziej (Schmidt et al., 2015). Przewiduje, że głównym problemem w AN są zaburzenia osobowości z cechami unikania, niepokoju i obsesji. MANTRA ma za zadanie modyfikację sztywnego stylu myślenia i zbytnej uwagi do szczegółów oraz obawy o popełnienie błędów w zachowaniach społecznych, „uwolnieniu” swoich emocji czy przeżywaniu ich w odpowiedni sposób. Terapia skupia się też na walczeniu z przeświadczeniem, że AN pomaga chorym w ich życiu (np. przez polepszenie sylwetki) oraz z niezdrowymi reakcjami znajomych i rodziny (np. zbytnej krytyka, nadopiekuńczość, tolerowanie złych zachowań). Unikatowym elementem terapii jest użycie zeszytu ćwiczeń, wokół którego buduje się nową, nie-anoreksyjną osobowość, uczy się pacjentkę o jej problemach i dostosowuje terapię i jej moduły do aktualnego stanu nastroju i potrzeb.

Jak edukować rodziców? Odbywa się to przez dostarczanie odpowiedniej ilości informacji o chorobie, czynnikach ryzyka oraz o ważności funkcjonowania społecznego. Rodziców uczy się jak wycofać się i nie reagować na zachowania emocjonalne dziecka oraz jak unikać rzeczy, które propagują chorobę, np. krytycyzm, nadopiekuńczość, tolerancja czy pozwalanie na patologiczne zachowania. Uczy się ich też jak lepiej komunikować się z dzieckiem i propagować korzystne zmiany zachowania.

#### FARMAKOTERAPIA

Antydepresanty z grupy trójcyklików lub SSRI nie są efektywne w zaburzeniach żywienia (Claudio et al., 2006; Sebaaly et al., 2013; Walsh et al., 2006). Wyjątek stanowi fluoksetyna, której używa się w leczeniu BN, choć warto zwrócić uwagę na to, że SSRI zmniejszają gęstość kości, co może być groźne (Misra et al., 2010).

Olanzapina w małych dawkach również wydaje się być korzystna (ok. 0.9-2.8mg na dzień, do 15mg). Badania pokazują zwiększenie masy ciała o +6.5kg (vs. kontrola) w N=9, +5.12kg w N=32. Wyniki Kafantaris et al. zaprzeczają temu paradigmatowi, choć używane przez uczonych dawki przekraczały definicję „małych”. Arpiprazol może posłużyć jako dobry adiunkt (badany tylko z SSRI) (Marzola et al., 2015).

Dodatki do leczenia zaburzeń stanowią (choć na ich użycie jest mało dowodów: cynk, topiramát, ondansetron (zwłaszcza w bardziej zaawansowanych przypadkach).

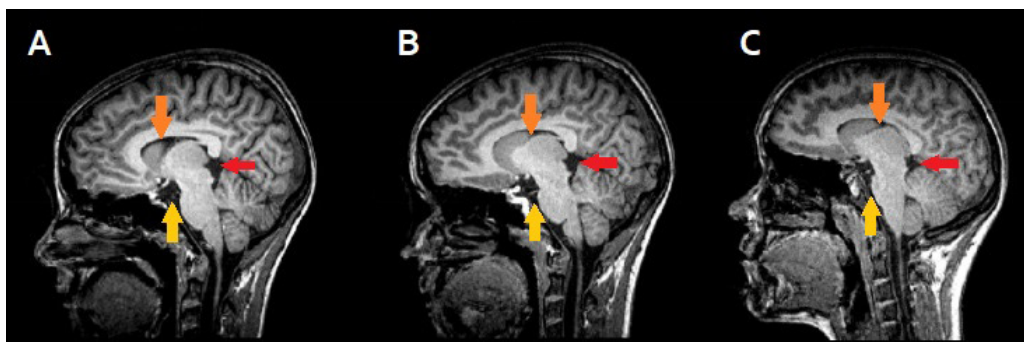
#### CHIRURGIA

ECT (terapii elektrokonwulsyjnej) zazwyczaj używa się do normalizacji chorób afektywnych, które powodują anoreksję (np. zaniedbanie, odmowa jedzenia w depresji). Istnieje również trochę dowodów na sukcesywne leczenie zaburzeń żywienia z OCD; w tym wypadku ECT spowodowało u pacjentów powrót do pracy i likwidację zachowań obsesyjno-kompulsywnych. W samej AN, ECT spowodowało znaczną poprawę objawów u 15 z 14 sytetyzowanych w przeglądzie pacjentów, przy jednoczesnym braku znaczących powikłań (Pacilio et al., 2019).

#### MYK KLINICZNY BÓL BRZUCHA!



Nie bagatelizuj tego objawu i nie myśl, że to od głodu. Sprawdź ryzyko ostrego zapalenia trzustki lub kompresji tętnicy krezkowej górnej.



#### RYCINA 5

Porównanie obrazowania MR głowy pacjentki z ostrą AN (A), wyleconą AN (B) oraz zdrowej (C). Strzałki w trzech kolorach pokazują ubytki w przestrzeniach płynu mózgowo-rdzeniowego: największe u osoby z ostrym AN. Obrazowanie pokazuje również, że leczenie jest w stanie przywrócić, przynajmniej w części, normalną strukturę mózgu. Sekwencje uprzejmie dostarczone przez (Seitz et al., 2018).

## MYK KLINICZNY SIADH



Zespół nieodpowiedniego wydzielania hormonu ADH może być wywołany przez guza w ośrodkowym układzie nerwowym. W obliczu zaburzeń jedzenia i niskiego sodu warto jest wykonać TK lub MR głowy, albowiem zmiana histopatologiczna może być również przyczyną zaburzeń neurologicznych.

W leczeniu stosuje się też głęboką stymulację mózgu (DBS). N=16 pacjentek stymulowanych w subcallosal cingulate zwiększyło swoje BMI ze średniej 15.82 do 17.34. po 12 tygodniach przy prawie 3-krotnym zmniejszeniu bingów (zachowań olbrzymiego przejadania się) i innych objawów w skali zaburzeń żywienia. Zaobserwowano również zmiany w konektomii mózgu, które prawdopodobnie spowodowały polepszenie nastroju, i zmniejszenie objawów lękowych (Lipsman et al., 2017) Wcześniejsze pokazują podobne wyniki (Manuelli et al., 2019; Whiting et al., 2018) Wu et al. stymulowali również nucleus accumbens. Warto zauważyć, że studia te mają dalej dość mało partycypantów. DBS wiąże się z możliwością efektów ubocznych takich jak infekcje, napady i ból.

## ELEKTROLITY

Dobłą praktyką przy przyjęciu chorych z zaburzeniami żywienia jest wysłanie kompleksowych wstępnych badań laboratoryjnych. Nie powinno zabraknąć morfologii, profilu wątrobowego, profilu kostnego, hormonów tarczycy, lipidogramu, kreatyniny z eGFR, mocznika, elektrolitów Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Ca<sup>2+</sup>, Mg<sup>2+</sup>, forsoru, glukozy oraz witaminy D (jeśli laboratorium nie oferuje ich w poprzednich pakietach).

### *Profil nerkowy – elektrolity, mocznik, kreatynina*

K<sup>+</sup> będzie niski w większości przypadków. Warto zauważyć, że K<sup>+</sup> we krwi niekoniecznie odpowiada temu całkowitej ilości tego elektrolitu w organizmie: większość potasu mogła przecież schować się w komórkach! Niektórzy mówią o badaniu K<sup>+</sup> w moczu; rzeczywiście, jego podniesiony poziom sugeruje wymioty, a obniżony użycie środków przeczyszczających. W praktyce, wiele chorych używa obu sposobów pozbywania się jedzenia, więc wyniki te mogą być mylące. Sprawdź poziom Magnezu jeśli zastępowanie K<sup>+</sup> nie działa.

Na<sup>+</sup> będzie również niski w większości przypadków. Niski poziom sodu może brać się z kilku przyczyn, które zależą od ilości wody w organizmie. Nadmierne i kompulsywne picie wody przez chorych, którzy chcą wypełnić swój żołądek, nadużywanie leków moczopędnych lub nawet nowotwory mózgu mogą prowadzić do niskiego sodu. Więcej o tym w „Ratunku! Mój sól jest niski!”

Mocznik / kreatynina będą niskie w przypadkach przewlekłych, gdyż pacjentki z niską masą ciała mają mało tkanki mięśniowej, która mogłaby kreatyninę produkować. Nie wpadnij w pułapkę zakresów referencyjnych laboratoriów. W przypadku i tak już niskiej kreatyniny, „normalne” eGFR lub kreatynina bliska górnej granicy normy to znak urazu nerki! Patrz na stan bazy: jaką kreatyninę miała pacjentka przez cały okres swo-

jej choroby? Nagła zmiana to zły zwiastun. Jeśli nie masz danych porównawczych, bacznie przyglądaj się sytuacji i oceniaj zmiany w kreatyninie relatywnie do poprzednich wyników a nie tego, co mówi ci laboratorium. W przypadku nagłych głodówek i szybkiej utraty masy ciała, mięśnie rozkładają się szybko podnosząc poziom kreatyniny (czyli produktu ich rozpadu). Ta może nie tylko uszkodzić nerki, ale i dać fałszywie wysoki wynik eGFR. Zmierz kinazę kreatyninową, czyli enzym, który rozkłada mięśnie. Jej wysoki poziom świadczy o tym, że organizm na gwałt niszczy tkankę mięśniową i prosi o pomoc w odżywieniu.

### *Profil kostny*

Fosfor i wapń mogą być bardzo trudne do poprawy, albowiem dodanie jednego może obniżyć poziom drugiego. Wynik wapnia podawany przez laboratorium jest często niski z powodu małej ilości białka, który go przenosi: albuminy (gazówkowy wapń może być wtedy lepszy!). Niestety, nawet albumina nie uratuje się przed zniszczeniem w wygłodzonym organizmie (choć o dziwo w AN zazwyczaj jest normalna, obniżenie traktuj jako zwiastun infekcji!). Fosfor będzie kluczowy do uratowania życia w zespole ponownego odżywienia (refeeding syndrome), który opisany jest poniżej. Magnez również będzie niski, zwłaszcza po długotrwałej terapii 0.9% NaCl (solą fizjologiczną). Warto pamiętać o jego integralnym związku z poziomem K<sup>+</sup>. Deficyty witaminy D będą w większości przypadków bardzo duże. Ich przewlekłe niski poziom może bardzo łatwo wykończyć starania zastąpienia wapnia. Witaminy z grupy B są trudne do zbadania we krwi, ale w związku z tym, że praktycznie nie można ich przedawkować (są rozpuszczalne w wodzie, a nie w tłuszczach jak Pan ADEK – witaminy A,D,E,K) i właściwie wiadomo, że chora będzie miała ich poważne deficyty, suplementacja koncentratem witaminowym, (np. Pabrinex) jest dobrym pomysłem.

### *Profil wątrobowy i lipidogram*

Albumina jest zaskakująco normalna w większości chorych z zaburzeniami żywienia. Jej niski poziom może być zatem ciekawym wyznacznikiem infekcji, która nie ujawnia się w innych parametrach. Podniesione enzymy wątrobowe (ALT, AST) będą pokazywały obraz znany z... wirusowego zapalenia wątroby! Dlatego mówi się o „głodowym zapaleniu wątroby”.

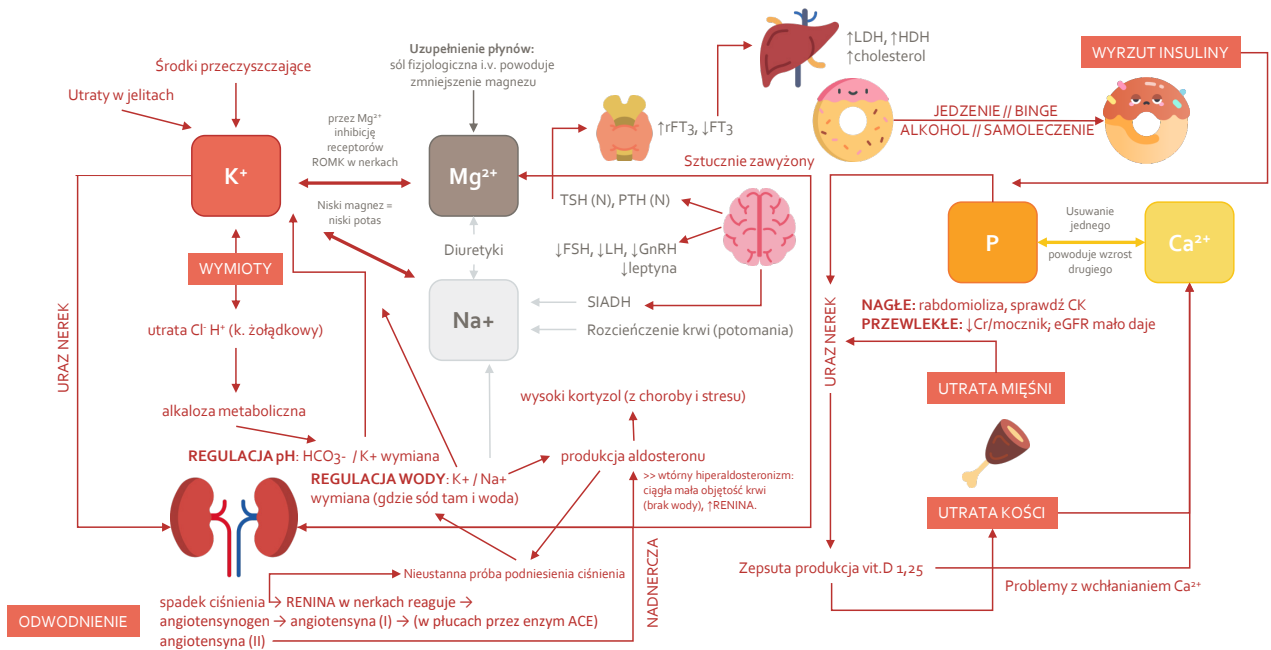
Całkowity cholesterol jest prawie zawsze wysoki. Jest to wręcz paradoksalne, jako że duży poziom cholesterolu kojarzy się zazwyczaj z otyłymi ludźmi. Podział na LDL/HDL („zły” / „dobry” cholesterol) jest mniej użyteczny, albowiem te mogą być wysokie lub niskie. Co ciekawe, w chorobach jelita, np. IBD (nieswoistym zapaleniu jelit) cholesterol jest niski; może to pomóc w różnicowa-

## MYK NAUKOWY WYROCZNI MORFA



Na badaniu morfologicznym krwi można zobaczyć pancytopenię (w zaawansowanej AN następuje zahamowanie produkcji komórek w szpiku kostnym) lub anemię, leukopenię czy trombocytopenię (mała haemoglobina, białka roznoszące tlen; mniejsza odporność przez deficyt białych komórek krwi i zahamowanie produkcji płytek krwi, odpowiedzialnych za utrzymywanie krzepliwości).





niu AN z tą chorobą. Na szczęście podniesione wskaźniki nie świadczą o zwiększonym ryzyku chorób sercowo-naczyniowych i nie wymagają interwencji; po wyleczeniu choroby podstawowej wrócą bowiem do normy.

**Profile hormonalne**

Obraz tarczyc bywa różny: warto skupić się na deficytach FT3 i nadwyżce odwróconej FT3 (rFT3). FT3 (trójjodotyronina) to hormon aktywny tarczycy, produkowany w pęcherzykach tarczycowych. Ten znany z podręczników proces to jednak mały procent produkcji hormonu. Zdecydowana większość syntezy odbywa się w komórkach mięśni, wątrobie i nerkach: tu „zabiera się” jeden jod hormonowi FT4, wskutek czego powstaje FT3 i odwrócona FT3. Jak nietrudno zgadnąć, wysoki poziom rFT3 i niski FT3 znaczą, że organizm człowieka, z powodu na długotrwałe głodówki, nie jest w stanie poprawnie syntezować hormonu.

Pozostałe hormony są stosunkowo proste do przewidzenia: wysoki kortyzol („hormon stresu”) oraz niskie hormony płciowe LH, FSH, testosteron, estradiol. Najprawdopodobniej w wyniku ewolucji, ludzie, którzy płodzili dzieci w stanach głodu nie byli w stanie utrzymać i wykarmić samych siebie, a co dopiero zająć się dodatkowym obciążeniem wychowania i wykarmienia dzieci. Stąd korzystna ewolucyjnie ochrona: nie możesz wykarmić siebie, blokujemy hormony płciowe, wstrzymujemy cykle miesięczkowe – zadbaj o siebie, a staniesz się płodna z powrotem.

**Glukoza**

Hipoglikemia (niski poziom glukozy) może być bardzo dobrze tolerowany, więc wyjątkowo niskie wskazania glukometru są czymś normalnym. Więcej krzywdy zrobi tu szybkie zwiększenie po-

ziomu cukru niż utrzymanie go w niskim stężeniu, do którego chora jest przyzwyczajona (patrz: refeeding syndrome).

**ROZPOCZĘCIE PONOWNEGO ODŻYWIENIA**

Zanim wyciągniesz bloczek z receptami, wykonaj odpowiednie badania (patrz wyżej), zbierz wywiad i określ, gdzie pacjentka może otrzymać leki oraz czy trzeba zadbać o odpowiednie zabiegi prawne, aby ją zatrzymać przeciw jej woli. Wykonaj EKG i sprawdź czy nie ma obciążeń arytmicznych lub elektrolitowych, np. długiego QTc. Być może będzie potrzebna sonda dożołądkowa (ale proszę, unikaj jej jeśli tylko jest to możliwe – im szybciej chora będzie jadła sama tym szybciej wróci do zdrowia i tym szybciej ją wypiszesz).

Pierwsza recepta to 40kcal/kg/dzień (10-15% białek, 30-35% tłuszczu, 50-60% cukrów) lub mniej jeśli chory jadł mniej niż to przed przyjęciem. Do tego rozpocznij zamienniki witaminowe: witaminy D, kompleksu witamin B, przygotuj recepty PRN na wapń, fosfor, magnez, infuzje 0.9% NaCl z potasem (pielęgniarki podziękują tobie, a ty podziękujesz sobie, zwłaszcza za brak telefonów o to w środku nocy). Zaordynuj:

- Sprawdzanie spuchnięcia (codziennie przez 5 dni),
- Tętno spoczynkowe + siedzące / stojące ciśnienie (trzy razy dziennie),
- Badania krwi: przynajmniej kreatynina z mocznikiem, K<sup>+</sup>, Mg<sup>2+</sup>, Na<sup>+</sup>, fosfor codziennie przez tydzień, potem w dniu 10, 14. Monitoring można zakończyć po 2 tygodniach od przyjęcia. Jeśli mamy do czynienia z refeeding syndrome, fosfor spadnie ok. 48-72 godzin po rozpoczęciu odżywiania.

**RYCINA 3**  
Zależności elektrolitów, hormonów, metabolizmu i kontroli równowagi fizjologicznej w organizmie.

**MYK KLINICZNY POTĘGA CZEKLISTY**

Stosowana w chirurgii i medycynie peryoperyatywnej czeklista (lista rzeczy, które „odhacza” się w formie papierowej lub elektronicznej) może być dobrym pomysłem w leczeniu skomplikowanych pacjentów. Protokoły z algorytmami przydadzą się w chwilach paniki przy odczytywaniu wyników.

## MYK KLINICZNY ULUBIONY LEKARZ GASTRO



Jeśli korekta jakichkolwiek elektrolitów nie działa, zastanów się co robisz. Kolejne przepisywanie suplementów w większości przypadków nie rozwiąże problemu – może warto zatrzymać się na chwilę i pomyśleć o etiologii problemu. Na przykład niski potas oporny na terapię może oznaczać, że pacjent ma mało magnezu, a ten oddziałuje na kanały ROMK w nerkach. I tak cały twój potas (i wysiłek) zostanie uroczony przez pacjenta wysikany

Następnie zwiększaj plan żywienia o 200kcal/dzień aż do osiągnięcia 2000kcal/dzień. Pomoc dietetyka klinicznego może być tu nieoceniona.

### NAPRAWIANIE PROBLEMÓW

#### 1. *Ratunku mój potas jest niski i KCl nie działa!*

Sprawdź magnez i podnieś jego poziom, zobacz czy nie ma dużej utraty przez leki lub wymioty. Uwaga na hiperkalemię przy uporczywym podnoszeniu potasu!

#### 2. *Ratunku mój fosfor jest niski!*

Jeśli spadł poniżej 1.1mmol/L, bądź zaniepokojona: czy są jakieś objawy zespołu ponownego odżywienia? Szukaj pomocy medycznej. Sprawdź witaminę D, wapń, PTH (tu najczęściej leży problem) ustaw monitoring kardiologiczny, zwiększ częstość obserwacji, zwiększ fosfor i.v./p.o.; powtórz badania po 6 godzinach. **NIE ZWIĘKSZAJ JEDZENIA!**

Jeśli po 6 godzinach fosfor dalej jest niski lub <0.5 mmol/L, zastosuj podwójną dawkę fosforu, zmierz EKG, pomyśl jeszcze raz o wszystkich badaniach i sprawdź recepty na fosfor. **NIE ZWIĘKSZAJ JEDZENIA** dopóki nie ustalisz dobrej dawki fosforu.

Jeśli fosfor jest niższy niż 0.3 mmol/L, natychmiast skieruj na oddział anaestezjologii i intensywnej terapii.

#### 3. *Ratunku, mam objawy zespołu ponownego odżywienia (opuchlizna, zdezorientowanie, tachykardia, nawet z normalnym fosforem!)*

Przyjmij na oddział, gdzie może odbywać się bliższa obserwacja, ustal monitorowanie kardiologiczne (12 przewodowe EKG, monitoring 3 przewodowy cały czas, spoczynkowe tętno), zmierz i popraw (powoli!) glukozę, zrób badania (jak wyżej), skonsultuj się z intensywiwą, pomyśl o sepsie jako przyczynie (ryzyko infekcji, obserwacje), **NIE DOKARMIJ**.

#### 4. *Ratunku, mój wapń jest niski!*

Sprawdź EKG pod względem arytmii, zbadaj witaminę D 1,25. Pamiętaj, że suplementacja fosforu powoduje niskie Ca<sup>2+</sup>, sprawdź wynik albuminy (od niej zależy poprawiony wynik wapnia); „gazówkowy” wapń może dać szybszy i bardziej aktualny stan. Niektóre leki neurologiczne, np. fenytoina mogą zwiększać metabolizm witaminy D lub utratę nerkową (diuretyki). Korekta witaminy D i przegląd leków powinny załatwić sprawę.

#### 5. *Ratunku, mój potas jest niski!*

Sprawdź leki: diuretyki, sterydy (nawet przyjmowane przez chorą bez twojej wiedzy!), wymioty, biegunka, niski magnez mogą również powodować hipokalemię. Zobacz czy niski potas powo-

duje zmiany na EKG i monitoruj ryzyko wysokiego potasu, który niespodziewanie pojawia się przy uporczywej suplementacji.

Potas można zamienić przez podawanie suplementów i.v.: 10mmol bez EKG, 20mmol z EKG, 40 mmol tylko w wypadkach nagłych, do 80 mmol właściwie potrzebna jest administracja centralna. Jeśli możesz, próbuj suplementować potas doustnie; nie utrzymasz przecież pacjentki w szpitalu na zawsze, a im szybciej będzie wypisana do domu, tym szybciej przyzwyczai się do normalnego jedzenia. Sando-K jest dobrym suplementem, jeśli potas jest powyżej 2.5, nie ma potrzeby podawania go doustnie.

#### 6. *Ratunku, moje betablokery lub digoksyna nie działają!*

Sprawdź potas, jego niski poziom spowoduje zmniejszenie działania leków.

#### 7. *Ratunku, mój sód jest niski!*

Najpierw sprawdź, czy sód jest niski przez niedobór czy przeładowanie wodą (potomanie). Najczęściej to drugie zdarza się w psychogenicnej polidypsji (tzn. chora pije olbrzymie ilości wody, bo myli pragnienie z głodem lub kompulsywnie chce wypełnić żołądek) lub przez przepisywanie infuzji dekstrozy 5% (glukoza się metabolizuje; woda zostaje).

Po drugie, sprawdź osmolalność moczu i krwi. Zbadaj czy pacjentka klinicznie wydaje się „sucha”, „normalna” czy „mokra”.

**Pacjentka sucha:** jeśli Na<sup>+</sup> w moczu >20mmol/L → organizm wyrzuca olbrzymie ilości sodu do moczu. Tam gdzie sód, tam i woda, toteż pacjentka jest sucha. Przyczyny: Diuretyki tiazydowe, nefropatia, kwasica metaboliczna, kwasica kanalików nerkowych. Wylecz przyczyny, popraw Na<sup>+</sup>. Jeśli Na<sup>+</sup> w moczu jest normalny to najczęściej wina potasu (balans Na<sup>+</sup>/K<sup>+</sup> w kanałach jonowych). Przyczyny to biegunka, ostre zapalenie trzustki. Popraw K<sup>+</sup>, popraw Na<sup>+</sup>.

**Pacjentka „normalna”, euwolemiczna, bez opuchlizny:** przyczyną może być nieodpowiednia gospodarka sodem, np. SIADH (syndrom nieodpowiedniego działania hormonu ADH), ale i znany w AN brak sterydów, FT3/4, przyjmowanie leków SSRI czy amitryptyliny (choroby afektywne, przewlekły ból). Ogranicz płyny do 0.5-1L/dzień, monitoruj poprawę.

**Pacjentka „mokra”, przeładowana płynami:** jeśli Na<sup>+</sup> w moczu >20 → organizm nie filtruje dobrze Na<sup>+</sup>, najczęściej przez uszkodzenie nerek (ostre lub długotrwałe), ogranicz płyny do 0.5-1L/dzień, furozemid (jeśli trzeba, pomoże również w odciążeniu nerek), monitoring K<sup>+</sup>.

**Kiedy masz się martwić?** Ostro niski potas <48h

## MYK NAUKOWY NAZWY LEKÓW



Nazwy handlowe leków i suplementów mogą się różnić. Staraj się stosować najtańszy lek generyczny lub taki, jaki ma na stanie oddział, na którym pracujesz.

można szybko przywrócić do normalności, zwłaszcza jeśli występują objawy neurologiczne. Przewlekłe niski potas należy powoli suplementować, albowiem organizm nie jest przyzwyczajony do „normalnego” poziomu.

Jeśli  $\text{Na}^+ < 125$  mmol/L lub jeśli występują objawy neurologiczne, warto jest skonsultować się z endokrynologiem lub intensywiwą. Lecz agresywnie hipertoniczną solanką 1.8% NaCl 100mL przez 10-15 minut. Mierz  $\text{Na}^+$  co 2 godziny, staraj się nie zwiększać o więcej niż 8 mmol przez 24h. Mniej agresywna terapia to 50mL hipertonicznej solanki lub infuzja 15-30mL/h. W obu przypadkach cel to zwiększenie  $\text{Na}^+$  o 4-6mmol na 24h. Demyelinacja neuronów jest dużym ryzykiem jeśli podniesie się  $\text{Na}^+$  zbyt szybko.

Nie zapomnij o glukozie, koryguj wysoki cukier, nie dosalaj pokarmów.

### 8. Ratunku! Mój magnez jest niski!

Poziom magnezu będzie podobny do poziomów  $\text{Ca}^{2+}$  i  $\text{K}^+$ . Przyczynami mogą być leki: Diuretyki, PPI, antybiotyki, a także alkohol, silne niedożywienie lub zbyt szybkie ponowne odżywienie. Napady lub nadpobudliwość mięśniowa mogą być spowodowane przez niski poziom magnezu.

20mmol w 250mL 0.9% NaCl lub 5% glukozy powinno załatwić sprawę (sprawdź EKG, w szczególności pod względem długiego QTc!). Jeśli pacjentka jest na planie restrykcji płynów, możesz podać bardziej skoncentrowany magnez, 40mmol w 250mL, jednak użyj wolniejszej infuzji, np. przez 5 godzin.

## PROGNOZA

Zazwyczaj wyleczenie z zaburzeń jedzenia klasyfikuje się jako powrót do przynajmniej 85% idealnej wagi i brak zachowań binge/purge w ciągu 6 miesięcy. **Najsilniejsze czynniki prognozujące wyleczenie to początkowa utrata masy ciała, długość choroby (Fichter et al., 2006) i uzależnienia (Kask et al., 2016).** W BN reakcja na leczenie podczas pierwszych trzech tygodni jest kluczem do długotrwałego efektu. U mężczyzn z AN mediana remisji wynosi 3 lata (7 lat u kobiet); podobnie w przypadku innych chorób żywienia. Sprawa ma się gorzej w bardziej zaawansowanych przypadkach. Wśród osób z przewlekłą chorobą (ponad pięć lat) jedynie 39% kobiet kiedykolwiek wyzdrowieje; mężczyźni mają ponad półtora razy więcej szans (59%).

Zaburzenia żywienia są wyjątkowo groźne. Najdłuższe studium AN raportowało o 18% śmiertelności po 24 latach (Theander, 1985). Badania średnioterminowe mówią o zwiększonej o +960% szansie na śmierć (95% CI: 780-1150%) (pełne dane: Hoek, 2006). Wśród przyczyn śmierci wymienia się dwie najczęstsze: komplikacje zabu-

rzeń żywienia (54%) i samobójstwo (27%).

Dlaczego tak młodym i uprzednio zdrowym osobom zabiera się lata życia? Co sprawia, że mimo dużej wiedzy na temat leczenia zaburzeń żywienia i ich medycznych komplikacji, tak drastycznie zwiększa się śmiertelność chorych?

Na te pytania ciężko odpowiedzieć zgodnie z medycyną opartą na dowodach. Być może odpowiedź tkwi w naszym podejściu do AN? Być może powodem słabych wyników jest bagatelizacja objawów i opieszałość w leczeniu medycznych komplikacji? Być może powinniśmy częściej trenować personel pielęgniarstwa i medyczny w aspektach intensywnych i endokrynologicznych chorób żywienia. Być może.

Jedno jest pewne - w 2019 roku, mamy do dyspozycji najnowsze zdobycze techniki operacyjnej, neurochirurgii czynnościowej, bezpieczne leki i fundusze na stworzenie odpowiedniej opieki psychiatrycznej. Dookoła tyle pięknych wynalazków, a na oddziałach zaburzeń żywienia są dalej chorzy, dla których Boga, i naszej uwagi, znów nie wystarczy. Zmieńmy to zanim będzie za późno.



Osoby chore na zaburzenia jedzenia bardzo łatwo potrafią oszukiwać innych w swoim otoczeniu. Do perfekcji opanowują manipulację przez porządkowanie jedzenia lub napełnianie się wodą do zważenia. Powyżej kadr z serialu Skins (prod. Bryan Elsley, Jamie Brittain, 2007) ukazuje jak bohaterka ułożyła talerz jedzenia, aby wyglądał jak zjedzony (<https://youtu.be/X8YlqhHP7o?t=190>).

## PYTANIA SPRAWDZAJĄCE

### ZAGADNIENIA KLINICZNE

1. Zbierz wywiad i dokonaj rozpoznania różnicowego zaburzeń żywienia; jak rozgraniczyć AN z innymi zaburzeniami?
2. Zaplanuj leczenie u osoby chorej na AN przyjętej na SOR.
3. Przedstaw i omów oparte na dowodach metody psychoterapii chorób żywienia.
4. Zaordynuj wstępne testy i plan ponownego odżywienia.

### ZAGADNIENIA OTWARTE

1. Przedstaw teorie etiologiczne zaburzeń żywienia: społeczną, genetyczną, konektomiczną i metaboliczną.
2. Wymień i omów główne zaburzenia konektomiczne mózgu w zab. żywienia.
3. Jakie badania należy wykonać osobie z podejrzeniem AN?
4. Jakie są objawy systemowe i komplikacje głodówek?
5. Wymień zasady działania w następujących scenariuszach: niski  $\text{K}^+$ , niski  $\text{Na}^+$ , niski wapń, niski fosfor. Na co należy uważać?

### ZAGADNIENIA ZAMKNIĘTE

1. Osoby z AN boją się jedzenia ponieważ:
  - A. Mają fobię.
  - B. Nie rozumieją, co to jedzenie.
  - C. Mają problemy wizerunku.
  - D. Szukają poklasku.
  - E. Ułatwia im to życie.
2. Co jest główną przyczyną złego lub nieprawidłowego samopostępowania w zab. żyw?
  - A. Ciało migdałowe.
  - B. Kora ruchowa.
  - C. Sieć podstawowa / salience n.
  - D. Sieci nastroju (serotonina).
  - E. Kora wzrokowa.
3. Która terapia jest najskuteczniejsza u młodych pacjentek?
  - A. CBT-E.
  - B. CBT-AN.
  - C. Psychodynamiczna.
  - D. Rodzinna.
  - E. BUDDHA.
4. Na badaniu  $\text{K}^+$  wynosi 2.7 [3.5-5.0]. Co należy zrobić?
  - A. Podać więcej  $\text{K}^+$
  - B. Podać mniej  $\text{K}^+$
  - C. Sprawdzić wapń.
  - D. Sprawdzić opuchliznę.
  - E. Sprawdzić magnez.
5. Pacj. z zab. żyw. ma wysoki cholesterol. Co należy zrobić aby przeciwdziałać zawałowi?
  - A. Wdrożyć statyny.
  - B. Nic.
  - C. Zlecić echo serca.
  - D. Zlecić EKG.
  - E. Wdrożyć aspirynę 300mg
6. Które interwencje chirurgiczne są skuteczne w AN?
  - A. DBS.
  - B. ECT tylko w binge-purge.
  - C. DC konwergencyjne.
  - D. DC dywergencyjne.
  - E. Drenaż komorowy.

### ODPOWIEDZI:

1. A - przez sieci łękowe i ciało migdałowe.
2. C - inne sieci nie odpowiadają w dużej mierze za samopostępowanie.
3. D - rodzinna jest za to mniej skuteczna u dorosłych.
4. E - Niedobór  $\text{Mg}^{2+}$  może spowodować niski  $\text{K}^+$ .
5. B - wysoki cholesterol to znak choroby żywienia, nie podnosi ryzyka sercowo-naczyniowego.
6. A - ECT również może być skuteczne w wybranych przypadkach. Drenaż komorowy nie jest zalecaną interwencją w żadnej formie zaburzeń żywienia.



Actus non facit reum  
nisi mens sit rea

Zbrodnia nie powoduje, że człowiek jest winny,  
o ile jego umysł też nie jest winny.

– Edward Coke, *Ch.1 Folio 10.*



*Jezioro nad zamkiem Bled, Słowenia  
fot. Artem Sapegin*

Chociaż w zamku Bled nie było zakładu psychiatrycznego,  
wiele historycznych więzień i miejsc odosobnienia dla kryminalnie  
obłąkanych dalej znajduje się w mistycznych gotyckich budynkach.



← **Dee Dee i Gypsy Blanchard**, "The Act" (produkcji Jan Peter Meybooma dla Hulu) grani przez Patrycję Arquette i Joey King. Mini serial pokazuje prawdziwą historię ekstremalnego przypadku choroby Munchausen per procuram. Nadopiekuńcza matka przekonuje lekarzy, przyjaciół, rodzinę oraz samą córkę, że ma szereg terminalnych chorób. Gypsy pokazuje problemy dziecka, które z jednej strony kocha mamę i nie chce jej zostawić, z drugiej stara się wyjść z toksycznej relacji i zakończyć życie w ciągłym kłamstwie. Dee Dee używa wielu zabiegów manipulacji psychicznej: szantażowanie emocjonalne, fałszywe dylematy oraz budowanie sieci spisku, w który miesza własną córkę. Sytuacja kończy się wyjątkowo tragicznie.

„Nieważne gdzie pójdziemy. Ważne że będziemy razem. Nikt nie robi więcej dla ciebie niż ja. Wszystko co robię, wszystko co mam, oddaję tobie, [kochanie]. To właśnie sprawia, że jestem [twoją] mamą. Kocham cię bardziej niż cokolwiek na świecie!”  
**Dee Dee Blanchard (wybrane cytaty)**

**O**mówienie psychiatrii sądowej w całej jej złożoności przekroczyłoby granice formalne nie tylko jednego rozdziału ale i całego podręcznika. Mimo tego uważam forenzykologię jako jeden z najciekawszych (o ile nie najciekawszy!) rodzaj medycyny psychiatrii i stąd mój zamiar poświęcenia mu jednego rozdziału tylko dla *grzesznej przyjemności*.

Po omówieniu kilku podstawowych zasad tej specjalizacji, zaprezentuję szereg przypadków z analizą i krótkim przedstawieniem teorii w sprawie. Jako że rozdział ten traktuję jako ciekawostkę, nie będzie w nim tytułu cytatów, przeglądów literatury czy dowodów numerycznych, co w pozostałych.

#### A więc chcesz zostać psychiatrą sądowym?

Psychiatria forenzykologiczna to dziedzina medycyny, która służy systemowi sądowemu. Podobnie jak patologia sądowa, jest ona wykorzystywana do wymierzania sprawiedliwości i nierzadko wykorzystuje metody kryminalistyczne i śledcze. Pod względem etycznym występuje w niej wiele konfliktów: z jednej strony lekarz przysięga służyć swojemu pacjentowi w chorobie (*odpowiedzialność wobec podsądnego, skazanego – jego zdrowie, prawa i leczenie*), ale i całemu społeczeństwu (*odpowiedzialność za porządek publiczny, zdrowie innych osób – omyłkowe wypuszczenie na wolność może zaszkodzić innym*). Do tego obowiązany jest praktykować zgodnie z literą prawa (*odpowiedzialność wobec państwa i organów ścigania*) i być dobrym oficerem sądowym (*odpowiedzialność wobec instytucji wymiaru sprawiedliwości*). Psychiatra sądowy musi mieć zatem biegłość w dziedzinie medycyny, jursprudencji, etyki oraz praktyki kryminalnej.

Problematyczna bywa również precyzja prawa i binarność wielu werdyktów: „winny” lub „niewinny”, cywilnie odpowiedzialny lub nie. Od psychiatry forenzykologa wymaga się precyzyjnych i zdecydowanych opinii, stawianych w oparciu o najnowsze zdobycze świata nauki i techniki.

Ważą się tutaj nie lada sprawy. Poczytalność może decydować bowiem o wydaniu wyroku śmierci lub umieszczeniu podsądnego. Bądź zbyt restrykcyjny, a chorzy nerwowo ludzie niepotrzebnie zginą; daj się oszukać, a stracisz nie tylko reputację, ale i narazisz społeczeństwo na działania zwyrodnialca. Stąd też szerokie w tej specjalizacji wskazania etyczne, prawne, praktyczne oraz duża chęć uwiarygodnienia lub przynajmniej obiektywnego zmierzenia procesów mózgowych na podstawie metody naukowej.

Zanim rzucicie się w wir skadania podań o przyjęcie do pracy w tej dziedzinie, warto jest też zwrócić uwagę na szereg negatywów. Po pierwsze, proces kształcenia jest wyjątkowo długi. Poważny psychiatra sądowy często ma za sobą szkołę medyczną, lata specjalizacji psychiatrii ogólnej, subspecializacji forenzykologicznej, dyplomy prawa, doktoraty z nauk neurologicznych i postdoktoralne studia w szczegółowych dziedzinach prawa i kryminalistyki. Praca badawcza jest wyjątkowo żmudna i monotonna: wywiady trwają po kilkanaście godzin, a zakłady korekcyjne o podniesionym nadzorze mało ekscytujące. I tak, znakomita część pracy lekarza to nie brylowanie na salach sądowych i rozwiązywanie zagadek kryminalnych rodem z CSI: Miami, ale sporządzanie wielostronicowych raportów i zajmowanie się zdrowiem niezmienną się często populacją.

Być może warto jest również zainteresować się psychiatrią konsultacyjną, ogólną lub neuropsychiatrią. Tam też wymagane są precyzyjne i profesjonalne diagnozy, z mieszanką częstych, rzadkich, przewlekłych oraz ostrych prezentacji.

Zanim przejdziemy do pierwszego przypadku, pragnę podkreślić, że opisane tu historie (jak i wszystkie wstępy do rozdziałów), choć prawdziwe, zostały znacznie zmienione, aby ochronić dane wrażliwe pacjentów, współpracowników czy pracodawców autorów. Oddajmy zatem wszystkie ostre przedmioty strażnikowi, przejdźmy przez wejściowe kraty i zabierzmy się do czytania.



#### NOTA BENE

Jeśli sądzisz, że powinniśmy szerzej napisać o psychiatrii sądowej, z większą ilością naukowego warsztatu – daj nam znać! Dane kontaktowe są w stopce redakcyjnej.



#### NOTA BENE

Psychiatria w kryminalistyce wzbudza największe zaciekawienie i błysk w oku studentów oraz uczniów szkół średnich. Stąd cały rozdział poświęcony jej ciekawym aspektom. Pamiętaj jednak, że znakomita większość prezentacji w systemie ochrony zdrowia to przypadki niekryminalne.



# KRYMINALNY ATLAS ZABURZEŃ OSOBOWOŚCI

## KAWIARNIA "KRYPTA Z OGRODEM" UNIwersYTETU W OXFORDZIE

### Psychiatria Sądowa

Wioletta jest 45-letnią profesorką ekonomii na znanym uniwersytecie (niekoniecznie oxfordzkim, miejsce spotkania było umówione). Zdobyła uznanie świata banków jako autorka kilkudziesięciu prac naukowych, promotorka doktoratów oraz znana z doskonałych mykłów maklerka. Sukces czy kryminat? Oszustka czy utalentowana finansistka? Sprawdźmy!



DECYZJE KLINICZNE  
Co należałoby teraz zrobić z Wiolettą?  
Odpowiedz: (TAK/NIE)

- Natychmiast unieruchomić w najbliższym szpitalu psychiatrycznym.
- Zgłosić oszustwo do Izby Adwokackiej.
- Zaordynować antydepresanty SSRI oraz psychoterapię CBT.
- Zachować relacje Wioletty dla siebie.

### PRZYPADEK WZ

**W**spółpracownicy bardzo cenią sobie kontakty z Wiolettą; mówią o niej: pomocna, uczynna, profesjonalna. Zawsze wstawi się za nami gdzie trzeba, pamięta o urodzinach i, w przeciwieństwie do innych postaci z maklerskiej wierzuszki, chętnie dzieli się wiedzą i asystuje w pisaniu dokumentów. Studenci ekonomii cenią ją sobie jako porywającą wykładownicę i mentorkę, która wprowadziła wielu swoich podopiecznych na pozycje wspólników w prestiżowych firmach audytowych. Skończyłem czytać jej resumé i popatrzyłem na kompletnie wyzutą z emocji twarz.

– Brzmi imponująco. Zwłaszcza te pochwały od podopiecznych.

– Wiesz ile zamknęłam transakcji w życiu? Ile napisałam artykułów? Ile dałam wykładów?

– Na pewno setki, o ile nie tysiące...

– Zero – trudno jej było ukryć dumę w głosie.

– To kto napisał te publikacje? – rzuciłem na stół kilka wydrukowanych periodyków *Stock Review* i analiz ekonomicznych.

– Nie wiem, jacyś frajerzy, którzy mi się chcieli przypodobać.

– Nikt nie spostrzegł się, że cały czas ich oszukujesz? W domach maklerskich, na uczelni, przecież ktoś musiał zauważyć, że właściwie tylko bierziesz pieniądze, a nie wykonujesz żadnej pracy.

– Oczywiście, w każdej instytucji odbywają się audyty i widać było, że moje przepracowane godziny nijak miały się do jakichkolwiek wyników. Dlatego za każdym razem celowałam w osoby, które decydowały o moim awansie. Po przyjęciu do nowej pracy większość z was, *empatów*, stara się znaleźć swoje biurko, segregatory z dokumentami i plik wymagań wyników pracy. Moim pierwszym celem jest pomieszczenie z ekspresem do kawy i kserokopiarka. To tam znajdują się zazwyczaj ludzie, którzy o czymkolwiek decydują. Po tygodniu wiem już co lubią, kogo promują a kogo wolą trzymać pod butem.

Wiem kto lubi dużo pracować, kto jest efektywnym finansistą, a kto umie pisać tak, żeby się to

podobało szefostwu. Potem zaprzyjaźniam się z nimi i wykorzystuję ich umiejętności. Jedni robią za mnie ciężką pracę, drudzy pozytywnie ją oceniają, a trzeci dbają, aby w moim arkuszu kalkulacyjnym wszystko świeciło się na zielono. Po jakimś czasie oczywiście ktoś to wykryje, ale będę już na tak wysokim stanowisku, że skłócę audytorów, wytworzę kilka sztucznych problemów i rozejrzę się za nową pracą: w innym wydziale, innej firmie, na innym stanowisku. Patrzący na moje CV ludzie z pewnością dziwią się jak mogłam tak szybko piąć się po drabinie korporacyjnego awansu i zdobywać doświadczenia w najróżniejszych aspektach giełdy. To nie jest takie skomplikowane. Mi się po prostu nudzi.

– Masz w ogóle jakichś przyjaciół?

– Lubię *sprawiać wrażenie, że jestem czyjąś przyjaciółką*. Dopóki mam z tego jakieś korzyści mogę dawać ludziom to, czego potrzebują. Najpierw wydobywam większość podstawowych informacji, no wiesz, takie głupoty, którymi ludzie się przejmują: urodziny, imiona dzieci, święta i ważne dni w roku. Nawet nie wyobrażasz sobie jak łatwo zaskarbić sobie czyjeś uznanie przez zapytanie się o to jakie oceny ma kaszojad w szkole albo danie prezentu w postaci czegoś, o czym dana osoba wspomniała wcześniej. Bardzo tani koszt dla znakomitego zwrotu. Do tego empati uwielbiają jeśli te idiotyzmy sprawiają wrażenie jakby były „*tak od serca*”, „*spontaniczne*”, „*z czystej ludzkiej empatii*”. Musisz pamiętać, żeby zawsze odfajkować te rzeczy, bo inaczej powiedzą ci, że jesteś sztuczny.

– Czyli to dobrze mieć socjopatkę jako przyjaciółkę?

– No pewnie. Jeśli dajesz mi to, czego potrzebuję, to mam ogromną moc. Mogę załatwić ci lepszą posadę w firmie, nawet moją, jeśli już mi się znudziła; mogę spełniać twoje życzenia, mogę nawet dostarczać ci współczucia i zrozumienia w trudnym dla ciebie okresie. To łatwe. Oczywiście dopóki mi nie wejdiesz w drogę.

– Straciłaś kiedyś przyjaźń?

– Tylko na krótko. Moja najlepsza przyjaciółka, Jolasia, w zeszłym roku przeżywała trudny okres. Dowiedziałam się, że jej ojciec umiera na



NOTA BENE  
Ten typ zaburzenia osobowości zrobił prawdziwą furorę w kulturze popularnej. (Nie?)stety, znakomita większość leczonych psychiatrycznie przypadków ma mniej bujne i ekscytujące życie.



raka. Szybko wygooglowałam ten rodzaj nowotworu: jego przeżywalność szacowało się na 3-6 miesięcy. Dorzuciłam jeszcze 25% zapasu i kilka tygodni na żałobę. Wyszło mi, że Jolasia przez dobry rok nic tylko będzie czegoś potrzebowała: wsparcia, wożenia do szpitala, ciągłych spotkań i współczucia. Do tego raczej w takim stanie i tak nic dla mnie nie zrobi.

– Zostawiłaś ją?

– Szybki rachunek: to lub do trzech miesięcy przekonywania jej, że zblądziłam. Kiedy ojczulek już się przekreślił, odczekałam trochę i zadzwoniłam do niej z przeprosinami. Oczywiście od razu mi nie wybaczyła. Ale po 3 miesiącach pokazywania jak bardzo się zmieniałam i jak mocno chcę dla niej dobrze już „wskoczyłam” na poprzedni poziom uznania i zamiłowania. Trzy miechy nawet wytężonej pracy i bawienia się w te emocjonalne głupoty to i tak lepiej niż półtora roku pustych przebiegów.

– A miłość?

– Byłam w kilkunastu związkach. Z kobietami i mężczyznami. Śmiać mi się chce jak widzę te empackie przymiotniki jak „LGBT” czy „heteroseksualny”. Jeszcze wy się o to kłócicie w mediach, na ulicy, budujecie partie polityczne... jakby nie było innych fajniejszych rzeczy do robienia w życiu. Oczywiście, każda osoba potrzebuje czegoś innego, żeby zaspokoić swoje potrzeby w związku. Jedni wolą prezenty, inni dobre słowo, czułość i dotyk. Miłość jest przereklamowana. To przecież tylko kilka chemikaliów, które nas łączą, żebyśmy mieli rodziny i wychowywali dzieci. Większość wygasa po kilku miesiącach: potem to tylko oszukiwanie samego siebie. Poza tym romantyczna wizja związku wcale nie jest potrzebna. To gusło wytworzone przez cywilizację. Miałam chłopaka, który podobały mi się koszulki, które nosił. Uwielbiałam go. Były takie różnorodne i kolorowe. Do tego kobietę, która świetnie zaspokajała mnie seksualnie i dawała darmowe rady na temat mody. Albo innego faceta, który miał świetne poczucie humoru. Oczywiście był empatą, więc budowałam jego pewność siebie: przejmowałam się niepowodzeniami, mówiłam, jak bardzo mi z nim dobrze i bezpiecznie, nie dawałam znać, że kiedykolwiek mogłam mieć kogoś innego. Dalej te same rzeczy z listy: urodziny, święta, zajęcia na Instagrama, niespodzianki i kartki z miłosnymi wyznaniem – wiesz, te wszystkie głupoty, które tak was empatów bezsensownie podnoszą na duchu. Z nim to było dopiero dużo roboty! Trzeba było wysłuchiwać, pocieszać, spontanicznie dawać dużo czułości. Dobre kilka godzin tygodniowo na to schodziło. No ale mogłam pojawiać się na imprezach w pracy i zyskiwać sobie uznanie. Jakimś cudem społeczeństwo twierdzi, że jestem lepsza, gdy mam „normalny” związek, dzieci i

zadbany dom rodzinny. Kolejne z niezbędnych kłamstw cywilizacji.

– Niezbędnych kłamstw?

– No tak. Wszystkie dziesięć przykazań. I inne etyczne kocopoły. Nie kłam, nie kradnij, przemoc to nie jest rozwiązanie. Mi kłamanie wychodzi znakomicie: nie tylko uszczęśliwia innych ludzi („nie kochanie, tylko ty jesteś moim jedynym”, „świetnie wyglądasz w tej bluzce”) ale i daje mi łatwą korzyść. Przemoc działa znakomicie i jest dobrym sposobem zdobycia tego, czego potrzebujesz. Kradnij i zabijaj ile chcesz – ważne, żeby nie dać się złapać.

– Zabiłaś kogoś wcześniej?

– A po co? Z tym same problemy. Kiedyś ukradłam sobie rower od sąsiadki. Oczywiście skłamałam jej, że to ktoś inny go zabrał. No co? Mogłam sobie kupić, ale po co chodzić kraść do sklepu, wzięłam sobie jej bo był bliżej. W końcu mnie nakryła. Bardzo złościła się, że nie mam wyrzutów sumienia i nie chcę jej oddać tego roweru. Ale mnie tym zdenerwowała! No ile można?! Przecież już jej zabrałam ten rower to go nie dostanie z powrotem. Robiła tyle problemów, że aż miałam ochotę jej odstrzelić ten zakuty łeb. Odbezpieczyłam pistolet, ale pomyślałam sobie szybko ile to mnie będzie kosztowało. Chowanie trupa, wymyślanie dodatkowych historii, unikanie policji. Bez sensu! Tyle roboty dla jednej starej baby. Oddałam jej ten rower. Ukradłam inny.

– Nie myślisz, że morderstwo jest złe?

– Nie. Tak mówi się dzieciom, żeby nie zabijały. Tak samo z kradzieżą. Jeśli każdy z nas by kradł to nikt nic by nie produkował, bo po co?! I tak ktoś by to zrabował. Jeśli umówimy się jako cywilizacja, żeby tego nie robić, to każdy w spokoju coś tam sobie wytwarza. Do tego wytresowanie małych ludzi, żeby mieli poczucie winy. To oraz lojalność to świetny bat na ludzkie potrzeby: nie zdradzaj z innymi bo masz się zająć swoimi dziećmi; nie zabijaj, bo nam całą wioskę wytłuczesz; nie kłam bo inaczej żadna umowa nie będzie dotrzymywana. A co, ty wierzysz, że przekroczenie prędkości o 10 mil na godzinę to zbrodnia?

– Nie. Sam często to robię.

– No właśnie. Umówiliśmy się jako społeczeństwo, żeby to wpisać do kodeksu jako wykroczenie, ale nikt o zdrowych zmysłach nie myśli o tym jako o przestępstwie absolutnym. Jutro przecież przegłosujemy sobie że za 15 mil na godzinę wsadza cię za kratki.

– Ale morderstwo czy gwałt to co innego.

– Dla mnie nie. Jest złe, bo pójde do więzienia dla praktycznie zerowego zysku. Nie dlatego, że będę miała wyrzuty sumienia.



DECYZJE KLINICZNE  
Co należałoby teraz zrobić z Wioletką?  
Odpowiedz: (TAK/NIE)

-----  
**X** Unieruchomienie nie jest wskazane lub prawnie możliwe. Pacjentka nie sprawia zagrożenia publicznego.  
**X** Nie byoby to etycznie dobre z powodu na tajemnicę lekarską  
**X** SSRI czy CBT  
**V** Pacjenci cenią sobie lekarzy, którzy dotrzymują tajemnicy konsultacji. Chyba, że zgadzają się na publikację wypowiedzi...



NOTA BENE  
Zaznaczone fragmenty pokazują kluczowe cechy charakteru lub elementy diagnostyczne wskazane przez ICD-10. Ile z nich jesteś w stanie rozpoznać bez zaglądania do podręcznika?



„Zabijając Ewę” to brytyjski thriller szpiegowski produkcji Colina Wrattena i Elinor Day dla BBC. W jednej z głównych ról stawia on Jodie Comer (Vilanelle) - bohaterkę z dysocjalnym zaburzeniem osobowości. Serial zwraca uwagę na kilka pomijanych często cech psychopatii, np. trywializm przestępstw, sphycone uczucia czy zaburzenia seksualne.



#### NOTA BENE

Konfrontacja z prawdą może być wyjątkowo nieprzyjemna dla osób z ASPD. Często przechodzą z emocji w emocję: zaskoczenie, zniesmaczenie, złość, wściekłość, poirytowanie, rozżalenie emocjonalne. Cokolwiek może im zjednać sobie rozmówcę! Gdy im się to nie uda potrafi powiedzieć rozbrajająco: „OK kłamie, więc co z tego?”



#### NOTA BENE

Warto pomyśleć nad prawdziwością zdań wypowiedzianych przez Wioletkę. Czy możliwe są tak olbrzymie sukcesy i nieprawdopodobna wręcz łatwość w zdobywaniu przyjaźni i pozytywnych ocen w pracy? Na dużą część wypowiedzianych tez ciężko znaleźć obiektywne dowody...

– A jak twoja rodzina? Wybacz. Czytelników będzie to interesowało.

– Nie ma problemu. Ojciec i mama próbowali dać mi najlepsze dzieciństwo jakie mogłam mieć. Wychowywałam się na przedmieściach. Ciężkie czasy. Na wakacje jeździliśmy najwyżej do Great Yarmouth a nie do Hiszpanii czy Chorwacji. Zaniedbań nie widziałam. Mama była bardzo zrozpaczona, gdy ojciec nie dawał jej odpowiednio dużo uczuć, ale chowała to przed nami. Ojcu raz na jakiś czas coś „odbiło”, pojechał na ryby lub wycieczkę z kolegą. Przynosił wypłatę do domu, ale matka i tak musiała pracować na cały etat, aby utrzymać mnie i dwóch braci. Rodzeństwo ma się dobrze; dziadków nie poznałam. Największe przestępstwo moich rodziców, to to, że raz zapomnieli mnie odebrać z wycieczki.

– Co?

– No tak, po prostu zapomnieli mnie odebrać z ośrodka wczasowego. Mi się podobało, bo ukradłam trochę jedzenia z kuchni i dałam rodzeństwu zabawki ze świetlicy. Złapani mnie pracownicy, ale puścili bo byłam małym dzieckiem. Oczywiście rodzice przyjechali po pół godziny z wielkim zakłopotaniem. Każdemu może się zdarzyć.

– Konflikty z prawem?

– Nie. Unikam. Moi rodzice tak samo. Ale chyba możesz mi odhaczyć ten punkt w ICD-10 przy „zachowania antyspołeczne przed 15 rokiem życia”.

– To prawda. Nie męczą cię te pytania?

– Każdy człowiek uwielbia, gdy ktoś inny się nim interesuje. Mimo że wiem, że piszesz ten dialog tylko na potrzeby swojej książki i zadajesz pytania, które czytelnika będą interesowały.

– To chyba dobry warsztat, nie sądzisz?

– Bardzo. Dlatego też umieścisz ten dialog w książce. Tak, żeby czytelnicy pomyśleli, że jestem prawdziwa, a ta rozmowa autentyczna. Chcesz, żeby poczuli się twoimi przyjaciółmi, żeby siedzieli tu koło ciebie na krześle tej uroczej kawiarni w cieniu Radcliffe Camera. Dodasz na pewno jakieś nieistotne, ale dokładne szczegóły. Wszyscy uwielbiają gdy ktoś cytuje 29.7 a nie 30%.

– Naturalnie. A wiesz jakie będzie następne pytanie czytającego? „Na pewno ja bym takiego kogoś poznała!”

– Ależ oczywiście! Każdy tak mówi. Wszyscy. Każdy jest urodzonym psychiatrą sądowym z latami doświadczenia. Każdy wyczułby przecież to „sztuczne” zachowanie, ten „falsz”. Przecież każdy „umie dobrze czytać ludzi” lub „spotkał się z takimi indywiduami w swojej pracy”. Każdy. Tylko jakoś nikt prawie ze mną tego nie zrobił. Może dlatego,

że w głębi serca lubimy dostawać miłe rzeczy.

– Dawałem kiedyś wykład na forum nauczycieli. Opisywałem przypadek psychopaty z miejscowego ośrodka dla młodzieży. Oczywiście bez podawania szczegółów. Cała sala pedagogów, wychowawców, niektórzy z tytułami zdobytymi przed moim narodzeniem. I ten sam komentarz po zajęciach: „jak to możliwe?”, „ja bym go wnet rozpoznała”, „że nikt nie zauważał takich dzieci?!”. A przecież duża część z nich pracowała z tym człowiekiem i jego wychowankami!

– Każdemu się wydaje, że psychopata czy socjopata będzie wywracał krzesła w szkole, miał cały zeszyt opinii i kiepskie wyniki nauki. Ale dopóki ktoś ma czwórki i piątki, przechodzi z klasy do klasy i nie sprawia większych problemów to nikt się tym nie będzie przejmował.

– Musisz wziąć pod uwagę, że nauczyciele mają dużo na głowie. To nie tylko działalność dydaktyczna, ale i papierologia, ewaluacje, praca z rodzicami i uczniami, którzy naprawdę mają rosnące wymagania. Te godziny spędzone przy tablicy kurczą się wobec pozostałych obowiązków z roku na rok...

– Jako dziecko rodziny nauczycielskiej pewnie nie mógłbyś powiedzieć niczego innego (śmiech). Ale rozumiem cię. Do tego inne zaburzenia: jedzenia, afektywne, psychotyczne, rozwojowe, uzależnienia. Pomyśl zatem, jak mało podejrzane są osoby z moimi? Wybitne oceny, uczniowie ich lubią, pomagają innym. A to, że raz bawią się uczuciami, zabijają zwierzątka lub wysługują innymi do pracy domowej...

– Czy dużo jest takich osób jak ty?

– Nie wiem. Pewnie sporo. Rozpoznanie ich w środowisku bez twojej wiedzy jest praktycznie niemożliwe. Do szpitali psychiatrycznych zamknięci są tylko ludzie, którzy popełnili przestępstwo i zostali złapani przez policję. To zasadniczo tylko idioci, którzy mają niskie IQ. Przecież dobrze wiesz, że dla policji prosekucja zabójstw to prawdziwa mordęga: pieniądze na biegłych, adwokatów, śledztwa, godziny na znalezienie tropu. Lepiej nałapać jakichś debili na fotoradar czy złe parkowanie. Z tego jest hajs. Oboje wiemy, że większość morderstw, rabunków czy przekrętów ujdzie na sucho każdemu kto ma chociaż odrobinnę pomysłu.

– Nie mam jakiejś wybitnej wiedzy. Właściwie jest olbrzymia ilość procesów w mózgu, których nie rozumiem i umiejętności komunikacji, których się jeszcze uczę. Nie wiem czy rozpoznałbym każdego.

– Takich ludzi jak ty najbardziej się boję. Nie mam problemu z osobami, które myślą, że przejrzałyby mnie na wskroś. Wiem, że tego nie zrobią.

Osoby, które kwestionują swoje własne umiejętności i mają wiedzę na temat swoich ograniczeń potrafią najlepiej reagować i analizować refleksy po swoich spotkaniach z nami. Wybacz, że tak mówię, ale dobrze, że nie jesteś kimś, kto decyduje o moim unieruchomieniu.

– Miałaś tak nie robić. Próbujeś mi podnieść samoocenę, żebym cię polubił.

– Nic tak lekarzy nie cieszy jak ktoś zachwycając się ich umiejętnościami.

– A socjopatów ktoś, kto uwiarygodnia ile punktów udało im się zdobyć przez manipulację.

– Stąd te twoje sztuczki: powtarzasz ostatnie zdanie w formie pytania, dziwisz się i udajesz jak bardzo oburza cię moja historia. Wszystko żeby wzbudzić moje zainteresowanie.

– Działa?

– No pewnie.

## ZEZNANIA PSYCHOPATY

Psycho- i socjopatia, *formalnie*: antyspołeczne / dysocjalne zaburzenie osobowości (ASPD) to syndrom polegający na patologicznym postrzeganiu norm i zachowań akceptowalnych społecznie. Samo istnienie „prawdziwej psychopatii” lub jej diagnostyczne określenie bywa wyjątkowo kontrowersyjne (Ogloff, 2006). Po pierwsze, wielu psychiatrów twierdzi, że w ogóle nie istnieją lub diagnozuje je na podstawie czynów: zabił i nie żałuje, więc „psychopata”: 50-80% więźniów spełnia kryteria ICD-10 ale jedynie 15% będzie prawdziwymi psychopatami według instrumentu PCL-R (Hare, 2003). Po drugie, podobnie do schizofrenii, publiczne postrzeganie syndromów jest wyjątkowo nieprecyzyjne i krzywdzące: miesza się pojęcia socjo- i psychopaty jako wymienne z przestępcą, stosuje zastępczo z „psychol”, „psychiczny”, tj. kimś kto zachowuje się inaczej od reszty lub kto ma jakiegokolwiek rozpoznanie z kategorii zaburzeń psychicznych albo chociażby przebywał w szpitalu psychiatrycznym. Najbardziej krzywdzące jest stawianie znaku równości między psychozą a psychopatią kryminalną, tj. każdy chory, który ma psychozę (halucynacje i urojenia) jest mordercą lub przynajmniej niezrównoważonym emocjonalnie przestępcą, którego należy izolować od reszty społeczeństwa. Jest to oczywiście nieprawda, albowiem osobnicy z psychozą stanowią bardzo niski procent przestępców (patrz rozdział o

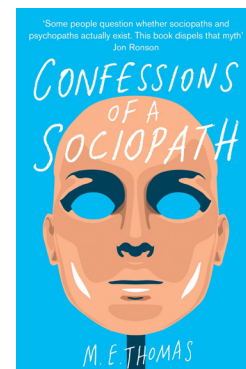
PPD). Psycho i socjopatia bardzo często zmieniały swoje definicje (Power, 1979); według najnowszych wytycznych, klasyfikuje się je jako **F60.2 antyspołeczne zaburzenia osobowości (ASPD)**. Aby uzyskać diagnozę, osoba powinna mieć:

- Ciągłą i powtarzalną pogardę do praw innych.
- Pierwszą manifestację już w dzieciństwie lub wczesnej adolescencji, z objawami przed 15 rokiem życia.
- Problemy i konflikty z innymi, nietolerancję frustracji, brak wytworzenia sumienia oraz odrzucenie form dyscypliny i władzy (rodzicielskiej, szkolnej).
- Agresywne i antyspołeczne zachowanie oraz brak skruchy czy lojalności do kogokolwiek.

Ciekawą metodą rozpoznania psycho i socjopatii jest porównanie do gry. Psychopata to osoba, której naczelnym celem jest zadawanie bólu i krzywdy. W grze życia chce on zdobyć jak największą liczbę punktów za ilość morderstw, napadów i tortur. Socjopata podchodzi z podobną dezynwolturą do norm społecznych, ale jego celem jest wspięcie się na najwyższe poziomy gry: zdobycie uznania, prestiżu, pieniędzy, wysokich posad. Morderstwo może być środkiem do celu, ale nie celem samym w sobie. Pojęcia te, wraz z definicjami również bywają kontrowersyjne.

Rozpoznanie kryminalnego psychopaty od niepsychopatycznego kryminalisty również może przysporzyć problemów (Power, 1979; Rosner et al., 2003). Co do zasady, psychopata uwielbia angażować się w bezsensowne przestępstwa, choćby dla samego czynu, rzadko używa skradzionych rzeczy lub wykorzystuje nowopowstałą sytuację; niepsychopata ma z przestępstw wymierną korzyść: otrzymuje pieniądze na narkotyki przy rabunku, likwiduje wrogi gang przez morderstwo lub wyładowuje złość przy napaści na kogoś, kto zaszedł mu za skórę. Psychopata stwierdzi, że respektuje prawo i moarlność; zwykły kryminalista wie, że postępuje poza prawem. Stąd też niepsychopatyczny przestępca zdaje sobie sprawę z tego, jakie czekają go konsekwencje i wie, że robi źle; może mieć nawet wyrzuty sumienia (w przeciwieństwie do ASPD).

Psychopata będzie zachowywał się w sposób pełen dezynwoltury, bez zdenerwowania, poczucia winy, wyrzutów sumienia. Przeszłość dokonują się ad-hoc, bez znacznego planowania.

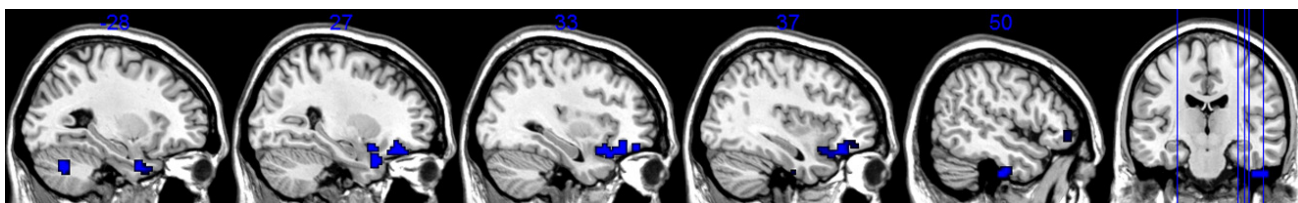


„Wyznania socjopaty” to autobiografia M.E. Thomas (autorka pisząca pod pseudonimem) - kolejnej wysokofunkcjonującej socjopatki. Autorka co prawda podaje kopię diagnozy lekarskiej, ale wiele z jej wspomnień może być co najmniej kwestionowane. Sytuacje są również zaskakująco podobne do tych z opowieści Wioletty. Kłamstwo czy patologiczne podobieństwo?

Inne podobne publikacje to m.in.: „Maska rozsądku” Hervey’ego Cleckley’ego, „Węże w garniturach” Roberta Hare’a oraz „Test Psychopaty” Jona Ronsona.

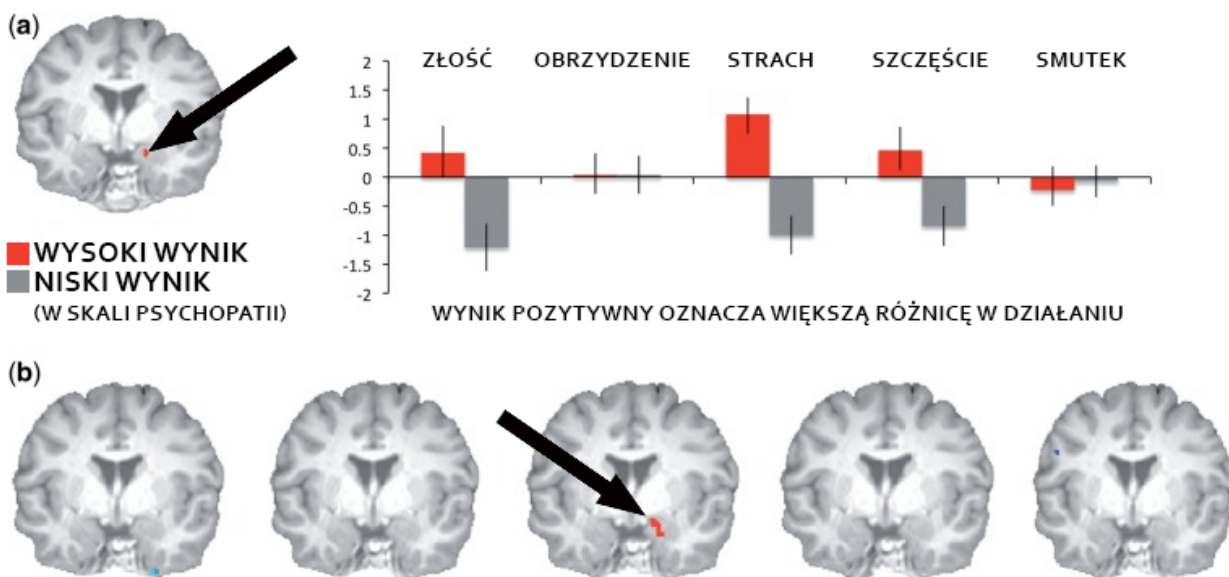
## ↓ RYCINA 1

Zmiany w mózgu psychopaty. Najbardziej uwikłane wydają się być obszary zaznaczone na niebiesko: czołowe (odpowiedzialne za procesowanie emocji). Sekwencje MR uprzejmie dostarczone przez (Liu et al., 2014)





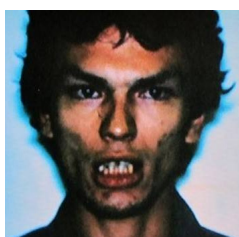
## PYTANIE: CZY UWAŻASZ, ŻE MOŻNA SPOWODOWAĆ TO UCZUCIE U DRUGIEJ OSOBY?



### ↑ RYCINA 2

Różnice w działaniu mózgu osób z wysokim (czerwony) vs. niskim (szary) wynikiem w skali psychopatii. Uczestnicy badania byli pytani czy mogliby wywołać poszczególne emocje u drugiego człowieka. Najmniejsza zmiana była widoczna w uczuciu obrzydzenia (brak statystycznej różnicy). Eksperyment pokazuje zaburzenia konektomii ciała migdałowatego w przebiegu ASPD. Sekwencje fMR uprzednie dostarczone przez (Marsh & Carindale, 2014).

Niepsychopatyczny kryminalista używa wiedzy i doświadczenia, aby zamaskować swoje czyny i nie wpaść w ręce organów ścigania. U tych przestępców występuje również duża przynależność do grupy. Z uwagi na brak lojalności i wyrzutów sumienia, gangi ASPD prawie nie występują. Niepsychopaci rzadko okradają/zabijają „swoich”: trzymają się kodeksu i norm prawnych, ale w idiosynkratycznym, a nie ogólnie pojętym zakresie. Co ciekawe, osoby z ASPD mogą początkowo unikać konsekwencji za swoje czyny właśnie dzięki nienagannemu zachowaniu. Ochroniarz w sklepie lub policjant nie „wyczyta” z niego, że coś złego się stało. Z biegiem czasu, taki brak przykładania się sprawy, że policja trafi na trop przestępcy. Zachowanie takie będzie również ważne w sposobie ewaluacji psychiatrii sądowej. Na przykład, osoby z ASPD używają łatwych do obalenia lub wręcz infantylnych wymówek (zwłaszcza przy niższym IQ).



### ↑ RYCINA 3

Psychopaci mają również charakterystyczne ruchy oczu, które można zbadać przez pomiar napięcia mięśni okoruchowych lub ruchu samych oczu. W eksperymencie przeprowadzonym przez (Venables et al., 2015), osoby z wysokim wynikiem na PCL-R reagowały bardziej impulsywnie oraz miały inne reakcje oczu na obrazki wywołujące negatywne emocje niż zdrowi partycypanci (oczy seryjnego zabójcy Richarda Ramierza tylko poglądowo).

*„To nie ja ją zabiłem, wysoki sędzie, to ona sama upozorowała swoje samobójstwo, żeby mnie zrobić! Ona się nienawidziła i nienawidziła też mnie, więc ma motyw!”*

Psychopaci również wykorzystują kilka metod przejmowania kontroli nad lekarzem:

*„- Opowiedz mi o tym w jaki sposób ukradłeś ten komputer.*

*- To przecież było napisane w raporcie policyjnym!*

*- Być może... (z wątpieniem, przeglądanie kartek)*

*- Panie doktorze... nie przeczytał Pan moich wszystkich dokumentów?”*

Powyższy przykład można potem poprowa-

dzić różnie: zadziałać lekarzowi na ambicję i strach przed kompromitacją (*to Pan nie wie???*), wymusić poczucie skrzywdzenia (*nie traktuje mnie Pan poważnie*) lub bólu (*nikt mnie nie słucha, myślałem, że Pan będzie inny*), kompromitację przed kolegami/koleżankami (*muszę zgłosić Pana do przełożonego, nie będę rozmawiał więcej* → *strach przed kompromitacją – lepiej przejdę do następnego pytania niż żeby szef myślał, że czegoś nie potrafię...*), zmianę tematu, użycie czaru i uroku osobistego, aż do agresji i gróźb.

Bez względu na wynik tego dialogu, to właśnie psychopata przejmie kontrolę nad rozmową i poprowadzi ją w kierunku, który chce. Nawet jeśli zysk związany jest tylko z małą ilością szczegółów lub skupieniem uwagi prowadzącego na czymś innym niż detekcja oszustwa. Warto zauważyć, że objawy ASPD mogą również wystąpić w przypadku wielu chorób mózgu związanych z płatem przedczołowym, w tym destrukcji tego organu przez używanie substancji wziewnych, niedokrwienie, nowotwory, etc.

To właśnie ten obszar w mózgu jest najczęściej uwikłany w tego typu zaburzenia (Ryc.1). Oprócz płata czołowego (emocje, decyzje, funkcjonowanie w społeczeństwie) (Yang & Raine, 2010; Gregory et al., 2012), badania wskazują na szereg zmian w ciele migdałowatym (strach, uczucia) (Schneider et al., 2000). Defekty znajduje się również w systemach decyzji i regulacji emocjonalnej: kortyzol, serotonina (stres, regulacja nastroju) (Glen & Raine, 2008; Moul et al., 2013). Wielu podnosi też teorie rozwojowe na kanwie zaburzeń genetycznych, traumy z dzieciństwa, wadliwego modelu zachowania i wychowania w okresie adolescencji (Viding et al., 2014).

Co ciekawe, o ile w amerykańskim systemie

prawnym samo ASPD nie jest podstawą do wykluczenia sprawstwa zamierzonego (*mens rea*), a więc psychopaci dalej uważani są za poczytalnych i posiadających kontrolę nad sobą, o tyle podobnie zachowujący się chorzy z wtórnymi urazami mózgu mogą liczyć na uniknięcie kary śmierci (Rosner et al., 2003). Tak zadziało się w przypadku zniszczenia płata czołowego mordercy inhalującego gazy narkotyczne w młodości. Przysięgli w wywiadach przyznawali się, że była to ich główna motywacja w zachowaniu życia przestępcy. Oczywiście, samo stwierdzenie chorób nie jest przyczynkiem do ich niewinnienia, ale może znacznie mitygować wyrok.

## ZABURZENIA OSOBOWOŚCI

Przedstawione tu kryteria rozpoznania są tylko poglądowe i należy je weryfikować z obecnym podręcznikiem diagnostycznym, obowiązującym w danym systemie ochrony zdrowia.

### F60.0 Osobowość paranoiczna

*Janina jest nauczycielką języka polskiego. Uważa, że jej koleżanki mają lepsze „chody” u dyrektora, więc otrzymują więcej godzin lekcyjnych bez okienek w planie. Jest to niesprawiedliwe, bo to ona przecież najlepiej przygotowuje dzieci do egzaminu ósmoklasistów. Kiedy wspomniała o tym na radzie pedagogicznej, nikt się tym nie przejął. Janina odebrała to jako akt wrogości i egoizmu swoich koleżanek. Kobieta co prawda otrzymała bony na święta, ale nie w swoim ulubionym sklepie spożywczym. Po poproszeniu o zmianę, dyrektorka odparła, że tylko ten sklep jest dostępny. Janina uważa, że bony te dostała tylko dlatego, że nikt inny już ich nie chciał. Dziesięć lat później dalej uważa, że dyrektorka rozdawała bony do sklepu dla innych nauczycielek, bo one sobie je lepiej „wychodziły”.*

- wrażliwość na niepowodzenia i odrzucenie,
- tendencja do długotrwałego przeżywania przykrości
- podejrzliwość, postrzeganie obojętnych działań otoczenia jako wrogich lub pogardliwych,
- sztywne poczucie własnych praw,
- podejrzenia dotyczące wierności (partnerów i przyjaciół),
- przecenianie własnego znaczenia,
- pochłonięcie wyjaśnieniami wydarzeń,

*Rozpoznanie różnicowe: zaburzenia psychiatryczne (jeśli występują utrwalone urojenia, halucynacje, zaburzenia myśli).*

### F60.1. Osobowość schizoidalna

*Paweł jest nauczycielem chemii. Ludzie nazywają go „dziwakiem” i „ekscentrykiem”. Całe lekcje spędza na zadawaniu uczniom czytania stron w*

*podręczniku i ćwiczeń do samodzielnego rozwiązania. Lubi, gdy dają mu spokój, a on idzie do kantorka, w którym siedzi z odczynnikami. Godzinami rozmyśla o sobie. Nie ma partnera, nie trzyma się z nikim blisko, nie lubi imprez szkolnych, a na zeszłej wigilii wypił barszcz i wyszedł bez pożegnania. Dyrektorka ostatnio skrytykowała jego słabe wyniki nauczania, a ten tylko wzruszył ramionami. Zapytany, czemu nie reaguje na dramaty związane z wystawieniem ocen odpowiedział: „Takie życie. Co zrobisz? Nic nie zrobisz”.*

- brak lub znikome działania służące przyjemności, chłód emocjonalny,
- ograniczona zdolność wyrażania emocji,
- niezainteresowanie pochwałami i krytyką,
- brak zainteresowań seksualnych,
- preferencja samotnictwa,
- pochłonięcie introspekcją,
- brak bliskich związków,
- niewrażliwość wobec norm społecznych,

*Rozpoznanie różnicowe: zespoły ze spektrum autystycznego, agorafobia, fobia społeczna, choroby afektywne (epizody depresyjne), delirium hipoktywne, demencja, epizod wycofania w przebiegu choroby psychiatrycznej.*

### Diagnoza: F60.2 Osobowość dysocjalna

*Tomek jest nauczycielem historii. Normalnie uroczy i czarujący; uczniowie lubią mieć z nim zajęcia. Bardzo łatwo jest go jednak wyprowadzić z równowagi. Krążą plotki, że w poprzedniej szkole uderzył jednego z rodziców na zebraniu, gdy ten zagroził mu raportem do kuratorium. Tomek dalej twierdzi, że to wina rodzica, bo „za bardzo się rzucił”. Ostatnio nie oddał dyrektorki sprawozdania na czas, powołując się na problemy rodzinne. Asia, jego koleżanka, również nauczycielka historii, zaproponowała mu pomoc. Tomek unikał jednak pisania, mówiąc o tym, że musi jechać do szpitala do ojca, kupić lekarstwa lub że ma załamanie nerwowe. W efekcie to właśnie Asia przygotowała jego sprawozdanie, ale Tomek podał się za jedynego autora. Asię bardzo to uraziło, zwłaszcza po tym, gdy dowiedziała się że wymówki kolegi okazały się kłamstwami. Po konfrontacji Tomek zrobił jej olbrzymią awanturę i wyrzucił stolik w pokoju nauczycielskim. Nie miał skruchy; to przecież Asia niepotrzebnie robiła problemy!*

- bezwzględne nieliczenie się z uczuciami innych,
- silna i utrwalona postawa nieodpowiedzialności i lekceważenia norm, reguł i zobowiązań społecznych,
- niemożność utrzymania trwałych związków



#### NOTA BENE

Leczenie zaburzeń osobowości jest skomplikowane i opiera się na szeregu zintegrowanych terapii psychologicznych, społecznych i zawodowych. Główną osią jest dostosowanie społeczne i próba zapewnienia osobie chorej dobrej jakości życia.



#### NOTA BENE

Stosowanie leków antypsychotycznych, antydepresyjnych czy stabilizatorów nastroju nie jest rekomendowane przez NICE ze względu na niską skuteczność. Drobna sedacja może być użyta w przypadku sytuacji kryzysowych, ale nie dłużej niż na 7 dni (NICE, 2009).

z innymi (nie ma trudności w ich nawiązywaniu),

- bardzo niska tolerancja frustracji i niski próg wyzwalania agresji,
- brak przeżywania poczucia winy i korzystania z doświadczeń, a w szczególności - z doświadczanych kar,
- wyraźna skłonność do obwiniania innych lub wysuwania wymówek, które są źródłem konfliktów z otoczeniem,

*Rozpoznanie różnicowe: mania w chorobie afektywnej, psychoza, brak wychowania / przebywanie w kulturze i środowisku bez konsekwencji.*

**F60.3 Osobowość chwiejna emocjonalnie** (możliwe dwa podtypy: **impulsywny (F60.30)** oraz **graniczny (F60.31)**).

Natalia uczy biologii. Rano w pokoju nauczycielskim gorączkowo opowiadała o policjancie, który zatrzymał ją na ulicy poprzedniego dnia. Od zawsze fantazjowała o mężczyznach w mundurach. Opowiadała z wypiekami na twarzy, że już dziś idą na drugą randkę, mimo że przecież on ma żonę! Wizja bermudzkiego trójkąta miłosnego bardzo ją podniecała. Jej jednak humor zmienił się, kiedy odebrała wiadomość na telefonie: dziś kochanek nie będzie miał czasu. Natalia załamała się. Zaczęła wątpić w to, czy kiedykolwiek się komuś spodoba i czy w ogóle bycie nauczycielką ma sens. Natychmiast odpisała policjantowi, że nie ma czego u niej szukać i zablokowała go na komunikatorze. „Chcę usunąć toksycznych ludzi z mojego świata!” krzyknęła i zbiegła do szatni. Tam zamknęła się w kantorku i wyjęła żyletkę oraz butelkę wódki z torebki. Zacięła się kilka razy w nadgarstki i wypila ćwierć litra spirytusu. Następnie z krzykiem wysłała wszystkim znajomym zdjęcia swojej krzywdy i prosiła o natychmiastowy telefon bo inaczej wyjdzie na most i rzuci się z niego już tego popołudnia. Odblokowała policjanta i wysłała mu podobną wiadomość. Mówiła, że jeśli się zabije to będzie jego wina. Czowała się wyzuta z wszelkich uczuć i z płaczem zadzwoniła do dyrekcji, aby zwolnić ją z reszty lekcji; w końcu „ona nie da rady ich normalnie poprowadzić”.

Aby uzyskać typ graniczny (borderline, „borderrek”), należy mieć przynajmniej 3 cechy wymienione wcześniej oraz co najmniej 2 z poniższych:

- zaburzenia w obrębie i niepewność co do obrazu samej siebie oraz celów i wewnętrznych preferencji (włączając seksualne),
- dążenie ku byciu uwikłanym w intensywne i niestabilne związki, prowadzące często do kryzysów emocjonalnych,
- nadmierne wysiłki uniknięcia porzucenia,
- powtarzające się groźby lub działania o charakterze

terze autoagresywnym,

- chroniczne uczucie pustki.

*Rozpoznanie różnicowe: ostre zaburzenie psychiatryczne, epizod manikalny w przebiegu ChAD, użycie substancji neuromodulujących.*

#### **F60.4 Osobowość histrioniczna**

Waldemar jest nauczycielem przyrody. Dzisiaj już od rana był w złym humorze. Denerwowało go, że ludzie tego nie dostrzegali, więc wparował na lekcję i z hukiem zatrzęsł drzwi. „Formalnie to was tu powinno nie być! Ja w przededniu matury siedziałem w domu z książkami!” – krzyknął, po czym ostentacyjnie wyjął dziennik zajęć. Natychmiast zmienił temat i podszedł do jednej z dziewczyn z pierwszej ławki „Kiedyś to ja byłem gruby, ale teraz, no cóż, chodzi się na tę siłkę z Adamem, robi się to żelastwo hmm... jak to mówią o mnie: inteligentny, ale i przystojny!”. Po lekcji dyrekcja poprosiła Waldemara na słowo. Okazało się, że za późno złożył wniosek o delegację i szkoła nie zdefunduje mu wyjazdu do Warszawy na konferencję. „Dosyć tego!” powiedział i wyszedł z sekretariatu, po czym napisał ostry post na medium społecznościowym, w którym ogłosił odejście z zawodu „nie będę już więcej tego znosił! Miarka się przebrała!”.

- teatralność,
- sugestywność,
- płytko uczuciowość,
- poszukiwanie docenienia (bycie w centrum),
- niestosowna uwodzicielskość,
- koncentracja na atrakcyjności fizycznej.

*Rozpoznanie różnicowe: choroby afektywne (mania, hipomania) – jeśli występuje cyklicznie i na przemian z innymi epizodami.*

#### **F60.5 Osobowość anankastyczna**

Jakub uczy informatyki. Uwielbia swój system projektowania sieci i programowania. Według niego wszyscy inni to idioci, którzy nie potrafią obsługiwać komputerów. Dyrekcja poleciła mu skonstruowanie nowej strony internetowej i przysłała Wiktoria, drugą nauczycielkę, do pomocy. Kiedy Jakub zobaczył jej kod, natychmiast się zdenerwował: „To nigdy nie zadziała! Jaka ona jest głupia!”, nakrzyczał na nią i natychmiast wysłał do domu, podczas gdy sam spędził noc nad udoskonalaniem kodu. „Na pewno inni mają lepiej, w innej, lepszej szkole, to się robi tak jak należy!”. Następnego dnia Jakub wstał niewyspany, mimo że leżał do godz. 13. Zdenerwował się na panią dyrektor, że kazała mu to wszystko robić i wysłał jej niewybrednego emaila wraz z linkiem do nowej strony. Po chwili gorączkowo odświeżał ją i denerwował się za każdym razem, gdy lekko się zacięła. Zaproszony na obiad u



rodziny, nie mógł myśleć o niczym innym niż dłuższy czas ładowania jego wymarzonej witryny.

- nadmiar wątpliwości i ostrożności,
- pochłonięcie przez szczegóły, regulaminy, inventaryzowanie, porządkowanie, organizowanie lub schematy postępowania,
- perfekcjonizm (przeszkadza w wypełnianiu zadań),
- nadmierna sumienność z zaniedbaniem przyjemności i relacji interpersonalnych,
- przesadna pedanteria i przestrzeganie konwencji społecznych,
- sztywność i upór,
- irracjonalne sądzenie, że inni dokładnie podporządkują swe działania sposobom działania pacjenta lub nieracjonalna niechęć do przyzwalania innym na działanie,
- natarcywe, niechciane myśli i impulsy,

Rozpoznanie różnicowe: zaburzenia obsesyjno-kompulsywne lub inne lękowe, zaburzenia ze spektrum autystycznego.

#### F 60.6 Osobowość lękliwa (unikająca)

Zosia jest matematyczką. Bardzo nie lubi porannego spotkania w pokoju nauczycielskim, więc unika go przychodząc bezpośrednio do klasy. Każda nauczycielka na pewno oceniałaby ją i wypominała to, że ma tylko podyplomówkę z matematyki a nie pełne studia. Po lekcjach chciała natychmiast wrócić do samochodu, gdy dyrekcja złapała ją na korytarzu. Serce Zosi zaczęło jej szybciej bić „Na pewno coś znowu źle zrobiłam!”. Dyrektor była jednak przyjazna i zaproponowała Zosi pójście na kurs dla nauczycieli matematyki, w związku z nowym egzaminem ósmoklasisty. Zosia szybko uciekła do samochodu i zadzwoniła do Filipa, innego nauczyciela matematyki. Ten przekonał ją, żeby poszła. Zosia natychmiast zaczęła się martwić: „A co ja tam będę robić? Ludzie na pewno będą mądrzejsi... A co jak Filip nie przyjdzie? Będę tam sama. Lepiej zostać w domu”. W dzień kursu nauczycielka wysłała szybkiego SMSa do dyrekcji, że źle się czuje i nie może przyjść.

- stałe napięcie i niepokój,
- poczucie nieatrakcyjności indywidualnej,
- koncentracja na krytyce,
- niechęć do wchodzenia w związki,
- ograniczony styl życia – zapewnianie sobie fizycznego bezpieczeństwa,
- unikanie kontaktów społecznych z obawy przed krytyką, brakiem akceptacji, odrzuceniem,

Rozpoznanie różnicowe: agorafobia, fobie społeczne, inne zaburzenia lękowe, zaburzenia afektywne z elementami lęku, zaburzenia psychotyczne w formie wycofania, hipoaktywne delirium, demencja, obawa o coś innego niż kurs, zaburzenia ze spektrum autyzmu.

#### F60.7 Osobowość zależna

Anita jest nauczycielką w-fu. Bardzo lubi swój zawód, zwłaszcza, że pracuje razem z Agnieszką, drugą wuefistką. „Agnieszka jest taka dobra, ma takie świetne podejście do dzieci! Wiem, że zawsze mogę na nią liczyć! Czasami nie mam pomysłu na ćwiczenia lub zabawy dla uczniów, ale szybka wiadomość do Agnieszki i ona już mi pomaga.” Gdy ktokolwiek prosi Anitę o zorganizowanie wydarzenia sportowego lub zajęć pozalekcyjnych, ta musi natychmiast uzgodnić to z Agnieszką. To przecież jej najlepsza przyjaciółka. „Nie wiem jak bym sobie bez niej poradziła.”

- pozwalanie innym na przejmowanie odpowiedzialności za swoje decyzje,
- podporządkowywanie potrzeb potrzebom innych ludzi,
- niechęć do stawiania wymagań osobom, od których jest się zależnym,
- obawa przed niezdolnością do zatroszczenia się o siebie wynikająca z osamotnienia, powodująca dyskomfort,
- obawa przed opuszczeniem,
- ograniczona zdolność podejmowania decyzji bez radzenia się innych,

Rozpoznanie różnicowe: demencja, encefalopatia lub braki rozwojowe (chory nie jest w stanie sam decydować kognitywnie), zaburzenia lękowe, zaburzenia afektywne.

## CIEKAWY PRZYPADKI

>> **PATRYK S. - 49l. był stałym bywalcem zakładu psychiatrycznego.** Zdiagnozowano u niego całą gamę chorób, m.in.: PPD, autyzm, ChAD, antyspoleczne zaburzenie osobowości. Co ciekawe, jego objawy zmieniały się w zależności od czasu przyjęcia do szpitala. Okazało się, że Patryk tak naprawdę przyjmował rolę chorego w przebiegu zespołu pozorowanego i dysocjacyjnego. Jako dziecko wychowywał się z autystycznym bratem, który zajmował większość uwagi rodziców. Patryk skojarzył zatem, że jeśli przejmie objawy brata, również będzie otrzymywał tyle samo uczucia. Objawy były bardzo przekonujące; wręcz podręcznikowe. Patryk mógł utrzymywać je w sposób ciągły, co zwodziło profesjonalistów służby zdrowia. Diagnozę udało się ustalić dopiero wobec braku odpowiedzi na jakiegokolwiek leczenie; symptomy ustąpiły po wycofaniu interwencji medycznych. Z czasem ten początkowo pozorowany syndrom przerodził się w dysocjację. Kolejne „wcielenia” chorobowe Patryka nie były przyjmowane w sposób świadomy. Trzy miesiące po „wyleczeniu” z autyzmu, Patryk zaprezentował się jako ostra psychoza, również ze wszystkimi kardynalnymi objawami. Przy następnym przyjęciu, chory miał objawy anoreksji. Co ciekawe, kolejne permutacje miały część pozostałą z poprzedniej, np. autystyczne ruchy twarzy w rozmowie o halucynacjach, charakterystyczne psychotyczne ruchy oczu w ChAD czy dziwaczne zachowania higieniczne przy anoreksji. Brat Patryka odpowiedział dobrze na zajęcia w szkole specjalnej i po ukończeniu studiów prowadził świetnie prosperującą firmę. Patryk zaś mieszkał w ośrodku pomocy społecznej, w którym sprawiał nielada problemy. Oddawał mocz i masturbował się na sofie, na której później spał, nie zmieniał ubrań przez kilka miesięcy i pił spleśniałe mleko z wodą sodową, które wymiotował na klejący się od substancji fizjologicznych dywan.

>> **JACK F. - 56l. cierpiął na jedną z psychoz kulturowych, tzw. psychozę Wendigo.** Legenda mówi o plemieniu w Algonquin w Ameryce Północnej. *Byliśmy bardzo głodni w naszym plemieniu. Probowaliśmy polować z moim partnerem: na łosie, jelenie, może i nawet niedźwiedzie. Nic z tego. Dzień w dzień byłem coraz bardziej głodny. Pewnej nocy zobaczyłem jak partner patrzy na mnie przy ognisku. Wiedziałem, że zbliża się chwila wyboru: jeśli ja go nie zabiję, to on ukatrupi mnie. Kanibalizm jest zły, ale byłem bardzo głodny. Jedzenie lub śmierć. Co dzieje się, gdy zjesz człowieka? Przychodzi Wendigo i opętuje cię. Od tej pory jesteś głodny. Bardziej głodny niż kiedykolwiek. Tym razem chcesz pochłaniać ludzi. Wracasz do swojej wioski i masz dwie opcje: powiedzieć komuś (wtedy pobratymcy wleją ci niedźwiedzi tój do ust, aż wymiotami nie pozbędziesz się Wendigo) lub nie mówić nikomu. Jeśli nikomu nie powiesz, będziesz mógł dalej zabijać: swoją rodzinę, przyjaciół. I jeść. Jeść tak długo, aż cię ktoś nie zabije.* Istnieje sporo ustnych przekazów tego procederu. Wielu sceptyków wskazuje jednak na rozbieżności w opisach (np. różnych metod „leczenia”) oraz brak pisemnych dowodów na psychozę, co miałyby wskazywać na konfabulacje / symulacje chorych.

>> **EWELINA Z. - 21l. ma rozpoznane pierwotne zaburzenie psychotyczne.** W przebiegu PPD wytworzył się jej syndrom Capgrasa, tj. urojenie, że bliscy są podstawionymi sobowtórami. Dla wielu może brzmieć to komicznie. Dla osób chorych jest to bardzo ciężka przypadłość.

Ewelina zadzwoniła do kolegi, Michała: *Wiem, że to co powiem musi być dla ciebie głupie, ale mam ogromną prośbę... wydadaję mi się, że mojego męża ktoś uprowadził. Podstawili na jego miejsce kogoś innego. Pewnie nie mam racji, ale strasznie się boję... mógłbyś przyjechać i zobaczyć, czy to rzeczywiście Piotrek? Ty go znasz jeszcze ze studiów, więc na pewno coś odczytasz...*

Wyobraźmy sobie co musi czuć Ewelina. Najważniejsze osoby w jej życiu wydają się jej podmienionymi aktorami. Codziennie kładzie się do łóżka z mężczyzną, który w jej mniemaniu ma zamiar zrobić jej krzywdę. Jej dzieci nie są prawdziwe, albowiem to „nowy” Piotrek je tu podstawił. Ewelina spędza cały dzień na udawaniu, że jest szczęśliwa i kocha swojego „nowego” męża. Gdyby quasi-Piotrek dowiedział się, że przejrzała jego plan, na pewno zamknąłby ją w komórce lub zaczął znęcać się fizycznie i psychicznie. W międzyczasie Ewelina szuka swojego prawdziwego męża. Wierzy, że Piotrek razem z dziećmi gdzieś są przetrzymywani i że kiedyś ich znajdzie i uratuje...

>> **MAREK Y. - 74l. oraz ZENON G. - 43l. cierpią na różne odmiany zespołu urojonej kończyny / zespołu zaburzenia identyfikacji z ciałem.** Marek miał amputowaną stopę z powodu cukrzycy. Niestety, nawet po usunięciu kończyny, dalej wydaje mu się, że ona tam jest: czuje ból, czuje, że może nią poruszać. Marek często mówi, że ktoś go taskocze lub że może podnieść przedmioty tą stopą. Zaburzenie bierze się z tego, że sieci neuronowe w jego mózgu pozostają nienaruszone nawet przy obcięciu kończyny. Zenon, z kolei, ma odwrotny syndrom: wydaje mu się, że stopa nie należy do niego. Przez cały czas trwania choroby odczuwał przeszywający ból psychiczny i fizyczny z powodu przytwierdzonej do niego „obcej” stopy. Żaden z lekarzy nie chciał mu jej amputować, toteż pewnej nocy odrąbał ją sobie siekierą.

# ATLAS ZABURZEŃ SEKSUALNYCH

## WIĘZIENIE DLA KRYMINALNIE OBŁĄKANYCH

### Psychiatria Sądowa

*Daniel to 37 letni mężczyzna, były ogrodnik państwa Ndhazi z północno-wschodnich przedmieść Londynu. Został skazany prawomocnym wyrokiem za morderstwo i gwałt ze szczególnym okrucieństwem. Sąd stwierdził, że przebywanie w zwykłym zakładzie karnym będzie niebezpieczne dla innych więźniów. Co czai się w głowie Daniela? Dlaczego to zrobił?*



**DECYZJE KLINICZNE**  
Czy Daniel ma prawo do opieki medycznej?  
Odpowiedz: (TAK/NIE)

- Powinien otrzymać leczenie tylko na choroby mózgu.
- Nie powinien otrzymywać żadnego leczenia.
- Należy zaordynować mu jedynie chemiczną kastrację.
- Powinien otrzymywać kompleksową opiekę zdrowotną.

### PRZYPADK D S

**G**dy wszedłem do pokoju, Daniel wyraźnie się rozweselił. Siedział na krześle wyprostowany, w nienagannie wyprasowanym ubraniu, uczesanej na bok grzywce i ogolonej na gładko twarzy. Jego czujący uśmiech zmierzył mnie od razu.

- Dzień dobry, Panie Doktorze.
- Uszanowanko. Dziękuję jeszcze raz za twój czas i zgodę na rozmowę.
- Cała przyjemność po mojej stronie. Niedziennie widzimy tu neurochirurgów.

Daniel nie miał żadnych niepokojących tików, nieprawidłowych grymasów czy niespokojnych ruchów oczu. Jego mowa była płynna, prosta do zrozumienia i całkowicie oczyszczona z jakichkolwiek znamion emocjonalnego odchylenia.

- Jak się dzisiaj czujesz?
- Bardzo dobrze. Dają tu wyśmienitą herbatę. Może się poczęstujesz? - Strażnik popatrzył na mnie, gdy skinąłem głową - Pan doktor pewnie tylko z mlekiem bez cukru?
- W rzeczy samej - uśmiechnąłem się - możesz mi mówić Max, wiesz o tym?
- Oczywiście. Twojego nazwiska i tak bym nie wymówił. Dr Max. Co cię tutaj sprowadza?
- Ty, Danielu.

- Chcesz posłuchać o mojej przeszłości? O mojej rodzinie? O tym wszystkim, co się ze mną działo? No to ci powiem. Wychowywałem się w prostej rodzinie, która przybyła do Londynu z hrabstwa Essex w późnych latach 70. Akurat na boom gospodarczy Maggie Thatcher. Często się przeprowadzałem. Tato szukał sobie dorywczej pracy, mama starała się jak najlepiej mogła. Często się kłócili, ale nie mam im tego za złe. Nie lubiłem za to szkoły. Tam zawsze byłem tym „nowym” dzieckiem, „kujonem”, którego aroganccy debile chcieli wykorzystywać. Tata często mi mówił: „nie pozwalaj, żeby ci weszli na głowę! Musisz myśleć za siebie” i tak właśnie robiłem. Kochałem naukę.

- Jakie przedmioty lubieś?

- Bardzo podobała mi się biologia, chemia, matematyka. Widziałem w nich logikę i eksperymentowanie. Pamiętam jak zapisałem się na kółko biologiczne, na którym robiliśmy autopsje żab; sypaliśmy na nie sól i patrzyliśmy jak reagują mięśnie. Bardzo mnie to ciekawiło.

- Podobne zajęcia pamiętam ze szkoły medycznej. Coraz mniej już się tego robi...

- A szkoda. Mi się wyjątkowo podobało. Potem zaczął fascynować mnie mózg: jego działanie i psychologia. Pożyczyłem trochę książek z biblioteki na ten temat i starałem się diagnozować innych ludzi. Jednak najlepsze pomysły przychodziły mi do głowy, gdy zapaliłem sobie ziółko... To naprawdę otwierało mi umysł.

- Dużo paliłeś?

- Nieee... tylko okazjonalnie, może z trzy, cztery jointy tygodniowo. Do tego czasami alkohol. Na dobre rozwinęło się to w wieku ok. 16 lat. Wtedy też zacząłem eksperymentować seksualnie. Wiem, wiem, to wszystko brzmi ogromnie głupio. Teraz widzę, że robiłem to, żeby przypodobać się kolegom... Byłem dość skromny, zamknięty w sobie, nie miałem zbyt dużo stałych przyjaciół przez częste przenosiny. - Daniel przerwał, aby napić się nieco herbaty. W tym momencie wjechała taca z dużym kubkiem jednego ze znanych dyskontów sportowych, a w nim gorący napój dla mnie.

Jak do tej pory odpowiedzi mojego rozmówcy były proste, koherentne, zrozumiałe. Mówił z dużą pewnością siebie: bez zacietrzewienia, ale i bez lęku. Jego umysł był ostry jak żyłotka, myśli wypływały jedna z drugiej, tor rozumowania był prosty i logiczny, a elaboraty wyrażane w sposób poukładany i wyczerpujący.

- Na czym to ja skończyłem? Ach tak. Palenie ze znajomymi dawało mi dużo przyjemności. Zazwyczaj człowiek zdobywa się nowe kontakty przez kółka zainteresowań, imprezy lub sport. Ale ja tego nie lubiłem... Pan doktor, znaczy... lubisz jakiś sport? Pewnie grasz w rugby?

- Tak, to prawda. Zdarza mi się. Tak bardzo to widać?

- W młodości pewnie bym się do ciebie masturbował. Lubię barczystych, umięśnionych mężczyzn z zarostem. Zawsze adorowałem takie



**NOTA BENE**  
Zapewne protoplastą „Daniela” byłby Jeffrey Dahmer, znany jako „Kanibal z Milwaukee”, amerykański seryjny morderca z lat 80 zeszłego wieku. Psychiatria sądowa Dahmera opublikował opis forenzykologiczny tego przypadku (Palermo, 2008).





#### DECYZJE KLINICZNE

Czy Daniel ma prawo do opieki medycznej?

Odpowiedz: (TAK/NIE)

Więźniom należy się dobry dostęp do opieki zdrowotnej. Rolą psychiatry sądowego jest również opieka nad zdrowiem (nie tylko neurologicznym!) zamkniętych w zakładach karnych. Przebywający pod kuratelą państwa należy się również szczególny nadzór, albowiem wiele jest przypadków nadużyć władzy...



#### NOTA BENE

Zaznaczone fragmenty pokazują nie tylko najważniejsze cechy kryminalisty (do diagnostyki), ale i wewnętrzne kłamstwa i sprzeczności w jego zeznaniach...



#### NOTA BENE

Więcej informacji o przestępczym użyciu narkotyków, „tabletek gwałtu” i innych środków neuromodulujących znajdziesz w rozdziale o uzależnieniach.

syłwetki, a nie chudzielców z krzywymi nogami lub oszukiwanym od niskiego procentu tłuszczu sześciopakiem. Fantazjowałem o niektórych koleśkach z drużyny rugby z mojej szkoły. Wyobrażałem sobie jak ściągam im spodnie, wiąże ręce i uprawiam z nimi seks od tyłu. Z każdym posunięciem wbijam im swoje pazury w plecy i przesuвам aż do krwi. Potem duszę ich tak długo, aż nie skonają; tnę ich ciała na kawałki.

– Tylko faceci? Nie miałeś innych upodobań?

– Miałem. Zabiłem nawet jedną laskę. Chciałem sprawdzić, czy daje mi to przyjemność. Była głupia, z jakimś Aspergerem czy innym zaburzeniem uczenia się. Łatwo zwabiłem ją do siebie do domu, a potem przekonałem, żebyśmy się trochę podduszali. Bardzo mi się to podobało. Następnym razem zawiązałem jej pętlę na szyi i przytwierdziłem do sufitu. Zabawa miała polegać na tym, żeby stanęła na krześle. Ja wszedłem do pokoju, a ona zawisła na sznurze z mocnym podduszeniem. Oczywiście taka odległość nie przewalałaby jej rdzenia kręgowego od razu. Mieliśmy uprawiać ostry sadystyczny seks, aż nie wyczerpałaby się ilość tlenu potrzebna do utrzymania jej mózgu. A uwierz mi, ona była z Brighton. Tam ludzie nie potrzebują dużo mózgu.

– Ja jestem z Brighton – odpowiedział nagle strażnik. Daniel nie zwrócił na niego uwagi.

– Myślała że ją odwiążę. Tak się umówiliśmy. Ale udusiła się na amen. Kiedy skończyłem, jej ciało było już mocno sine i pokiereszowane. Miałem kija baseballowego, którym zacząłem ją okładać. No ale trzeba było po sobie posprzątać... a uwierz mi, ona była strasznie gruba! Ciężko było mi się pozbyć szczątków tych zwłok. Policja naturalnie nigdy się o tym nie dowiedziała.

– Zasadniczo to nakryli cię tylko po tym epizodzie z trójką chłopaków, prawda?

– Tak. Trochę wtedy przeholowałem. Dwójkę bym może jeszcze dobił. A tak, jeden się wydostał i na mnie doniósł. Policji nie szło zbyt dobrze w śledztwie, więc sam się zgłosiłem na komisariat. Ile można zabijać tych ludzi. Tutaj mam więcej zabawy.

– Miałeś wcześniejsze problemy z prawem?

– Ależ skąd?! Byłem prymusem w szkole! Trochę wycofałem, przestraszonym. Niezbyt chciałem mieszać się w kontakty między ludźmi... ale oceny miałem znakomite. Zdałem maturę i poszedłem na matematykę, którą również skończyłem z wyróżnieniem. Potem pracowałem dla znanej firmy finansowej z City. Byłem nawet w Polsce przez pewien okres, w krakowskim oddziale naszej spółki. Zebrałem wtedy najlepsze noty ze wszystkich pracowników w procesie audytu jednego z banków. Prawie mnie aresztowali za pijane

zachowanie, ale no wiesz jak to jest w Polsce. Tam się jedzie, żeby się dobrze zabawić. Wiesz jaki tani mają alkohol???

– No tak, rzeczywiście. Co było po powrocie z Polski?

– Zacząłem pić jeszcze więcej i wyrzucili mnie z pracy. Sama i tak mi się już znudziła, więc to może i dobrze. Byłem samotny. Pragnąłem czułości. Pragnąłem, żeby ktoś mnie przytulił i powiedział, że wszystko będzie dobrze. Chciałem mieć chłopaka albo dziewczynę. Powiedziałem sobie: „dość, coś z tym muszę zrobić!”. Przemogłem się, żeby zacząć chodzić na imprezy. Nie dawałem jednak rady z frazesami czy zdobywaniem ludzi po woli. Znajdywałem sobie kogoś, kto mi się podobał i wysypywałem mu trochę GHB czy benzosów do drinka. Szliśmy do mnie i uprawialiśmy dziki sadystyczny seks. Wychodziłem zanim zdążyli się obudzić. Nie chciałem, żeby ktoś mnie dotykał.

– To ty chciałeś mieć kontrolę?

– Tak! Niestety szybko się zorientowali, że to szwindel. W końcu po obudzeniu się pamiętasz takie rzeczy i nie podoba ci się, że sam sobie nie mogłeś poruchać. Trochę mi to popsulo życie. Czułem się samotny jeszcze bardziej. Brak pracy, wysokie wymagania z strony rodziny, alkohol i ciągłe niepowodzenia miłosne. Zacząłem interesować się dziećmi.

– Dziećmi?

– Tak. Są dość bezbronne i raczej nie będą się rzucać, jeśli się je dobrze nastraszy. Poza tym one nigdy cię nie dotkną, jeśli im nie pozwolisz. Są czyste. Nie wymagają nic. Dają tylko proste, zwierzęce zadowolenie. Nie byłem jednak strasznym predatorem. Zgwałciłem może dwójkę, maksymalnie trójkę chłopaków. Ten pierwszy to było tylko przez ubranie, więc się nie liczy.

– Z pewnością sąd nie przychylił się do twojego wytłumaczenia.

– Nie. Zostałem skazany za to... Ale znajomi jakoś pomogli mi podnieść się na nogi. Opłacili czynsz, zmotywowali do pracy. Przez chwilę wydawało mi się, że wyjdę na prostą. Samotność nie dawała się jednak zwalczyć. Potrzebowałem kontaktu z drugim człowiekiem. Moje fantazje były zbyt silne... Wtedy zacząłem tworzyć mój krąg na gejojskiej aplikacji randkowej.

– Jak to wyglądało?

– Podawałem się za znanego fotografa pornograficznego. Najpierw przekonywałem ofiary, żeby przyszły do mnie na sesję zdjęciową. Oczywiście nie mogłem nigdy odmówić drobnych sugestii, że seks wchodził w grę. Podawałem im trochę alkoholu z substancjami wspomagającymi tak, aby byli łatwiejsi. Potem robiliśmy sobie

zdjęcia, uprawialiśmy seks: coraz mocniejszy i bardziej brutalny, aż nie skonali.

– Jak ich zabijałeś?

– Pamiętasz jak opowiadałem o zajęciach z kółka biologicznego? To wyglądało właśnie tak jak to! Nożami kuchennymi, skalpelami dyssekcyjnymi lub przez uduszenie. **Zwłoki później odpowiednio preparowałem.** Najpierw przez obcięcie rąk, nóg i głowy. Kości zachowywałem sobie na pamiątkę. To było coś, co pomagało mi w samotności. Czuję, że ktoś ze mną jest. Jak już skończyłem, wygotowywałem zwłoki w garnku i powoli usuwałem je z mieszkania na śmietnik. Nikt nie spostrzegł się, że coś jest nie tak.

Bacnie obserwowałem Daniela. Trudno było doszukać się jakiegokolwiek drażliwości, zmian afektu lub nagłego przyływu emocji. Jego głos nie załamał się nawet przy opisie najbardziej drastycznych **szczegółów** dokonanych zbrodni. Jedynie po dokładnych oględzinach można było doszukać się olbrzymiej ilości frustracji, zmuszonej akceptacji swojego losu i wielkiej obawy odrzucenia przez innych. Daniel bardzo często miewał odruchy szukania miłości: spędzał długie godziny ze zwłokami swoich ofiar; liżał je, całował, płakał z nimi i opowiadał im o swoich problemach. Chciał mieć kogoś przy sobie. Chciał, aby ktoś mógł zaspokoić jego olbrzymie potrzeby, ale i dać mu czystą miłość, bez ryzyka odrzucenia.

Daniel posiadał kombinację cech znanych nie tylko z poprzednio opisanego ASPD: poczucie chęci kontroli, kłamstwa, samouwielbienie, brak poszanowania dla praw innych, seksualna i obyczajowa dezynwoltura, ale i szereg zaburzeń na tle seksualnym. O tych właśnie patologiach układu nerwowego opowiemy sobie w tej sekcji.

## ZABURZENIA SEKSUALNE

### Kryminalistyka seksualna

Przestępcy seksualni są bardzo zróżnicowaną grupą ludzi. Co do zasady posiadają zaburzenia osobowości i/lub zaburzenia popędu seksualnego z przynajmniej jedną parafilią tj. powracającym i uporczywym podnieceniem seksualnym/fantazjami seksualnymi, z zaburzeniem preferencji seksualnej. Są one związane z:

- (1) nieludzkimi obiektami, np. fetyszyzm: czaszki, elementy ubrania, przedmioty,
- (2) cierpieniem i upokorzeniem siebie lub innych, np. *sadyzm*: upokorzenie i ból zadawane innym, *masochizm*: cierpienie skierowane na siebie lub wyżywanie się na sobie, krytyka z poniżaniem,
- (3) dziećmi lub innymi istotami, które nie mogą wyrazić zgody na stosunek płciowy.

Dokładne teorie zaburzeń, ich leczenie oraz

ewaluacja odbywają się w specjalistycznych ośrodkach. Zainteresowanych odsyłam do bogatej literatury przedmiotu w tym temacie. Zasady diagnozy wstępnej i różnicowania przedstawiają się następująco (Rosner et al., 2003):

1. Pełna ewaluacja psychiatryczna: badanie stanu umysłu, pełen wywiad, różnicowanie wszystkich zaburzeń neurologicznych,
2. Badanie fizyczne i medyczne, w tym obrazowanie mózgu, badania neurofizjologiczne, neuropsychiatryczne,
3. Badania krwi pod kątem zaburzeń hormonalnych i biochemii, przede wszystkim w zakresie hormonów płciowych,
4. Dokładne kwestionariusze i badania seksualne,
5. Obiektywne pomiary popędu i podniecenia seksualnego, np. pletyzmografia penisa (metoda pomiaru zmiany przepływu krwi w naczyniach), pomiary ruchów oczu przy różnych bodźcach seksualnych,
6. Ocena ryzyka dla siebie, innych, ryzyka powtórzenia złych nawyków, ryzyka dla społeczeństwa.

W społeczeństwie występuje olbrzymia ilość ludzi, którzy zapewne kwalifikowaliby się na obraz patologiczny według kryteriów rozpoznania, ale ich kontrola, prosekucja czy ściganie policyjne wyczerpałoby do reszty możliwości aparatu kryminalnego (patrz: myk kliniczny). Dlatego też ważna jest ocena jak bardzo krzywdzące lub groźne może być to zaburzenie u chorego (Rosner et al., 2003; Stringer et al., 2009).

**Niskie ryzyko:** ekshibicjonizm (obnażanie się przed innymi), podglądactwo, fetyszyzm, parafilie bez dokonywania żadnych czynów, w tym podniecenie pedofilią z dużą kontrolą, tj. brakiem zamiaru lub ryzyka wykonania jakichkolwiek czynności sprawczych. Na przykład: nieznaczne podniecenie dziećmi bez oznak potrzeby sadyzmu lub wymuszenia.

**Średnie ryzyko:** pasywne parafilie, znaczne ryzyko pedofilii, ale bez czynności sprawczych. Na przykład: ekshibicjonizm przed dzieckiem bez zamiaru krzywdy (wujek tylko rozebrał się przed chłopcem na basenie) lub lekkie otarcie się przez ubranie o dziecko jako „przypadek”, komentarze przy stole wigilijnym. Ofiary nie przekraczają zazwyczaj trójki dzieci.

**Wysokie ryzyko:** parafilie z pedofilią i większą niż 3 liczbą ofiar, zabawy seksualne z penetracją, lekkie wymuszenia (brak jawnych dowodów na szantaże czy sadyzm).

**Katastrofalne ryzyko** wysokie + historia poprzednich czynów z przemocą, uszczerbkiem na zdrowiu ofiar, w tym urazy cielesne, psychiczne,

### MYK KLINICZNY MÓJ SĄSIAD PEDOFIL



Większość czytelników zapewne ma bardzo niską tolerancję dla pedofili. Zapewne każdy poparłby państwowy program przymusowej kastracji. Z danych wynika jednak, że 4.1% mężczyzn przynajmniej się do pedofili skłania, 3.2% do niestosownych seksualnie czynów z nieletnimi, a 0.1% mówi o pedofili jako swojej seksualnej preferencji (Dombert et al., 2016). Szybka ekstrapolacja tych danych daje nam populację ok. 430 tys. dorosłych Polaków płci męskiej przynajmniej się do praktycznego uskutenienia pedofilii. Rejestr przestępców tego typu w Zjednoczonym Królestwie ma już prawie 45 tysięcy wpisów (NSPC, 2017). W samym 2015 roku fundacja bezpiecznego internetu usunęła ponad 68 tysięcy stron z pornografią dziecięcą (IWF, 2015). W więzieniach po prostu nie byłoby miejsca, aby pomieścić ich wszystkich...

### MYK NAUKOWY POMOC, A NIE KRYMINAŁ?



Być może najlepszym rozwiązaniem epidemii pedofilii będzie stworzenie kanałów pomocowych: ochrony zdrowia, infolinii, poradni i psychoterapii. Ukrywanie problemu, zwłaszcza w gronie rodziny czy społeczności lokalnej, nie sprawi, że sam się rozwiąże.



#### NOTA BENE

Leki SSRI oferują utratę libido oraz popędu seksualnego jako działanie niepożądane dla większości pacjentów z zaburzeniami afektywnymi lub lękowymi. W przypadku leczenia zaburzeń seksualnych, jest to działanie jak najbardziej pożądane.

wymuszenia, sadyzm, śmierć.

Leczenie takich zaburzeń odbywa się początkowo przez oś psychologiczną: kuracje terapiami CBT oraz farmakologiczną (przepisanie antydepresantów SSRI). Kurację można eskalować do wyhamowania hormonów płciowych, tj. chemicznej połowicznej „kastracji”. Stosuje się do tego leki typu (1) medroksyprogesteron, np. Depo-Provera, zazwyczaj stosowany do antykoncepcji u kobiet, (2) cytoproperon czyli lek przeciw testosteronowy, również stosowany w leczeniu trądziku, nadmiernego porostu włosów czy korekcji płci oraz (3) wzmacniaczy LHRH, które wyhamowują produkcję hormonów płciowych w jądrach i jajnikach.

Naturalnie, występują mniej groźne dla dzieci odmiany hiperseksualizmu, np. uzależnienie od seksu czy łagodniejsze, ale dalej nadmierne zamięłowania seksualne, w tym mieszkanki parafilii jak sado-masochizm z obopólną zgodą.

#### Hiposeksualizm

Dysfunkcje seksualne zdarzają się też (o ile nie częściej!) po tej drugiej stronie spektrum. Wyróżnia się tu kilka syndromów klinicznych.

1. **Niskie libido** – bardzo częste wśród kobiet, zazwyczaj samolimitujące. Nierzadko zdarzają się przypadki wpływu złych doświadczeń z dzieciństwa lub wcześniejszego traumatycznego życia seksualnego.

*Rozpoznanie różnicowe:*

– Przyjmowane leki (bardzo często SSRI, antykoncepcja i inne terapie hormonalne, antyhistaminy, marihuana, benzodiazepiny, regulatory nastroju i anty-epileptyki) – w tym wypadku zmiana preparatu lub godziny dawkowania mogą pomóc,

– Choroby afektywne i zaburzenia lękowe (jeśli występują inne objawy umówione w poprzednich rozdziałach) – rozwiązaniem jest leczenie choroby podstawowej,

– Problemy w związku – konsultacja z partnerem, rozmowy oraz terapia nacelowana na związki może pomóc

– Niedawne narodziny, ciąża, menopauza – zmiany hormonalne w tym okresie mogą spowodować obniżenie (lub zwiększenie!) popędu seksualnego.

– Choroby przenoszone drogą płciową,

– Suchość w pochwie, ból przy stosunku, krwawienie, ból po stosunku – wszystkie mogą brać się z szeregu chorób ginekologicznych i gastrologicznych.

Po rozpoznaniu przyczyny problemu, leczenie psychologiczne pomaga w osiągnięciu satysfakcjonującego życia seksualnego. Dobra komunika-

cja, skupienie się na znalezieniu odpowiedniego czasu i miejsca, rozwiązanie problemów w związku i animozji między partnerami są użytecznymi metodami leczenia. Czasami pomaga całkowite zaprzestanie stosunków płciowych i samodzielne, powolne skupianie się na strefach erogennych poza genitaliami, razem z odpowiednim nastojeniem psychicznym. Chodzi o to, aby nie wiązać potrzeb lub zachowań seksualnych z porażką, cierpieniem lub niepowodzeniami w związku. Gdy partnerowi uda się osiągnąć orgazm i poznać samego siebie bez nacisku drugiego, powrót do normalnych stosunków nastąpi naturalnie.

2. **Zaburzenia erekcji** – bardzo częsty, również zazwyczaj samolimitujący się syndrom. Ustępuje po zniwelowaniu przyczyny lub przez podanie odpowiednich leków.

*Rozpoznanie różnicowe:*

– Zaburzenia metaboliczne: zbadaj krew pod kątem glukozy, Hb1AC (cukrzyca); profil wątrobowy z gamma-GT (alkohol), profil tarczycowy (zaburzenia tarczycy), testosteronu i prolaktyny (niski testosteron czy wysoka prolaktyna mogą być zwiastunem bardziej skomplikowanych problemów endokrynologicznych),

– Leki na inne schorzenia: patrz *niskie libido*,

– Zaburzenia afektywne i lękowe: patrz *wyżej*,

– Alkohol, substancje narkotyczne,

– Choroby naczyniowe i neurologiczne: np. cukrzycowa neuropatia autonomiczna, arteroskleroza,

– Palenie, wysokie ciśnienie.

Najlepiej jest zacząć od zmiany w życiu codziennym (rzucenie palenia, alkoholu, marihuany) oraz interwencji medycznych (zmiana preparatu SSRI, obniżenie ciśnienia tętniczego krwi, leczenie cukrzycy). Bolesny stosunek może być spowodowany innymi chorobami ginekologicznymi, urologicznymi lub gastrologicznymi. Na przykład u kobiet: infekcje bakteryjne, wirusowe, grzybicze, endometrioza, nowotwory, suchość pochwy, zaburzenia jelita drażliwego, szyjki macicy, vaginismus, tj. szybki i bolesny skurcz mięśni przy rozpoczęciu penetracji; u mężczyzn: infekcje bakteryjne, wirusowe, grzybicze, zapalenie cewki moczowej, zapalenie prostaty.

Po eliminacji powyższych należy zastanowić się nad psychologiczną proweniencją objawów. Bardzo często wśród młodych ludzi panuje perfekcjonizm, który wpaja im kultura popularna: należy uprawiać olbrzymią ilość seksu, przez długi czas i być ciągle do tego gotowym psychicznie i fizycznie. Poprzednie złe wspomnienia, np. brak dobrej erekcji po zmęczeniu mogą powodować nawroty katastrofalnych myśli: „co jeśli teraz już



#### NOTA BENE

Hiposeksualizm związany jest z olbrzymim przemysłem marketingu, który usiłuje wpoić chorym cudowne lekarstwa na ich zaburzenia, takie jak sildanefil, męskie odżywki czy kobiece witaminy, które „leczą” samolimitujące się syndromy.



„tak zawsze będzie?!”, „Może jednak będę unikał zbliżenia, bo nie chcę się znowu źle czuć”, „na pewno inni tak nie mają...”

Za przyczyną psychologiczną mogą też przemawiać czynniki takie jak: młody wiek, możliwość uzyskania erekcji przy masturbacji lub po przebudzeniu się, dobry stan zdrowia metabolicznego, poprzednie choroby lękowe i afektywne.

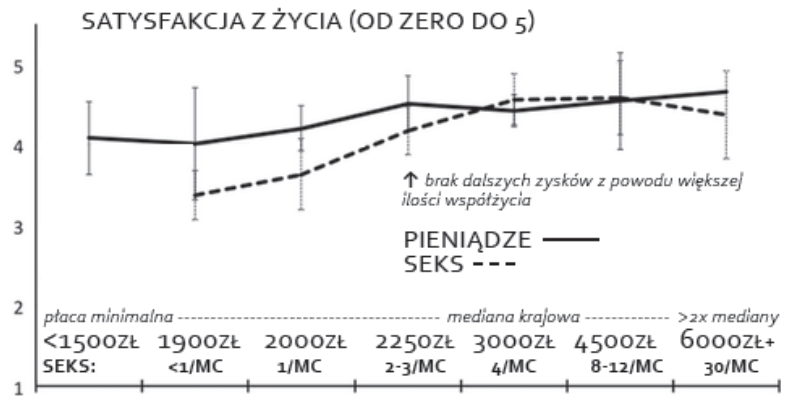
Leczenie farmakologiczne opiera się na podaniu np. sildanefilu (viagry), zastrzyków z prostaglandyny do penisa oraz pomp penisowych, które wykorzystują próżnię do napełnienia naczyń krwionośnych oraz utrzymanie erekcji przez opaskę uciskową przy nasadzie penisa.

*Czynniki potęgujące ten stan rzeczy to (według dowodów anegdotycznych):*

- Kultura popularna, zwłaszcza pornografia,
- Opowieści innych kolegów, którzy mogą kompensować sobie swoje niepowodzenia poprzez przewrotne chwalenie się i krytykę innych „nieudaczników”,
- Reklamy firm farmaceutycznych, które zarabiają na sprzedaży leków na erekcję w formie subskrypcji miesięcznych,
- Poprzednia krytyka lub brak zrozumienia przez partnera.

Warto jest normalizować te zaburzenia poprzez statystyki ilości rzeczywistego seksu (Ryc.3-5). Według badań Natsal-3 na N=15 162 Brytyjczykach, mniej niż połowa kobiet i mężczyzn w wieku 16-44lat uprawia seks przynajmniej raz w tygodniu (Wellings et al., 2019); skumulowane badania na N=30 645 kochanków pokazują, że nie ma dodatkowych korzyści psychologicznych z seksu częstszego niż średnio 4 razy w miesiącu. Do tego pozytywne efekty zdrowotne zauważane są jedynie w studiach nad osobami uprawiającymi seks w związku. (Muise et al., 2016). Dlaczego tak jest? Większość szczęśliwych par zgłasza taką częstotliwość (Blanchflower & Oswald, 2004; Call et al., 1995; Laumann et al., 1994).

Wiele osób ma problemy z samookreśleniem przez wygląd swoich genitaliów. Młodzi mężczyźni bardzo często martwią się o rozmiar, kształt lub kolor skóry na penisie. Warto jest to normalizować, np. używając statystyk rozmiarowych (Ryc.4), badając kształt, choćby żeby upewnić się, że nie występują zaburzenia, np. choroba Peyroniego oraz normalizując zmiany skórne jak np. kropki Fordycego (uwaga na zmiany dermatologiczne wtórne do chorób przenoszonych drogą płciową!). Kobiety zaś bardzo często martwią się o rozmiar piersi, ich kształt, symetrię oraz kształt zewnętrznych genitaliów. Te są nierzadko potęgowane przez partnerów. **Należy je normalizować,**



upewniać, że występuje wiele rodzajów warg sromowych. Niestety, niektórzy ginekolodzy upatrzili sobie w takich niepewnościach źródło zarobku i oferują operacje waginoplastyki w celach czysto kosmetycznych. Z drugiej strony, mijamy się na baczności i kierujemy pacjentki z nieregularnymi wargami sromowymi lub widocznymi zniekształceniami. Stosunkowo prosty zabieg korekcyjny może im znacznie usprawnić życie seksualne. Pamiętaj, że niskie libido może być tylko przykrywką wielu różnych chorób. Istnieje olbrzymia ilość rozpoznań różnicowych, które mogą powodować brak chęci na seks. Kobiety rzadko się do nich przyznają od razu. Bądź profesjonalny i postaraj się zdobyć zaufanie pacjentki. Być może przyczyną niskiego popędu płciowego jest łatwo naprawialna suchość pochwy.

### 3. Problemy z orgazmem

– Brak osiągnięcia orgazmu u kobiet: większość takich problemów może być rozwiązanych przez edukację seksualną, np. na temat różnych metod osiągania orgazmu (dopochwowy, lechtaczkowy). Ten drugi może być uzyskany bez penetracji, przy odpowiedniej stymulacji stref erogennych. Ważna jest tutaj autoeksploracja i znalezienie metod uprawiania seksu, które oddziałują na czułe obszary ciała partnerki. Terapia wyczulenia znana z niskiego libido może również pomóc.

– Przedwczesna ejakulacja: bardzo częste u młodych mężczyzn zaburzenie polegające na wytrysku po jednorazowej penetracji lub krótko po rozpoczęciu stosunku. Zazwyczaj usprawnia się to z doświadczeniem. Niektórym pomagają praktyki takie jak: (1) ściskanie penisa u nasady (2) doprowadzanie się do stanu przed wytryskiem i zatrzymanie (START/STOP) oraz wznowienie stosunku po odpoczynku, (3) używanie mniej stymulujących pozycji, (4) ograniczenie stymulowania, np. użycie lubrykantu, grubszej prezerwatywy, (5) doprowadzenie do orgazmu partnerki (lub prawie do orgazmu) przed penetracją, co zmniejsza poczucie winy i animozje w związku – czas ten można później sukcesywnie wydłużać, (6) autoeksploracja i nauka kontroli orgazmu samemu, np. podczas masturbacji.

### ↑ RYCINA 3

Korelacja między częstością uprawiania seksu (od mniej niż raz w miesiącu do codzinnego) i ogólnej satysfakcji z życia, mierzonej na kwestionariuszach (od zera do pięciu). Korelację pozytywną obserwuje się jedynie do maksymalnej częstości 4x/mc. Powyżej tego progu zwiększenie ilości seksu nie powoduje zwiększenia szczęścia. Ciekawy brak zwiększenia satysfakcji pokazuje korelacją z dochodami miesięcznymi na rękę (przeliczenie z dolara według proporcji płacy netto podawanej przez GUS w 2019r.) Pieniądze szczęścia nie dają, ale każdy zapewne chce się o tym sam przekonać... (Muise et al., 2015).

### MYK NAUKOWY BO JAK NIE TO ROZWÓD!

Problem z fizycznym podnieceniem u kobiet (a także niskim libido oraz brakiem chęci na seks) może również objawiać się przez brak odpowiedniej lubrykacji pochwy, co powoduje ból i niechęć do stosunku. Oprócz terapii psychologicznej, można zastosować żele, lubrykatny oraz terapie hormonalne. Warto jest też wykluczyć szereg innych rozpoznań różnicowych. Naciski, szantaże i narzekanie nieczęsto pomagają...



#### NOTA BENE

Ilość młodych (<40l.) mężczyzn z zaburzeniami erekcji szacuje się na ok. 8-11%. Powyżej czterdziestki, liczba ta rośnie do 1/3 (Kizilay et al., 2019). Dane z raportów medycznych są niskie w porównaniu do kwestionariuszy farmaceutów. Według nich około połowa mężczyzn na problemy z uzyskaniem lub utrzymaniem erekcji (Coop, 2018). Pokazuje to olbrzymie dysproporcje między subiektywnym a naukowo reprodukowalnym standardem. Badani wskazywali stres, zmęczenie i alkohol jako główne powody zaburzeń.



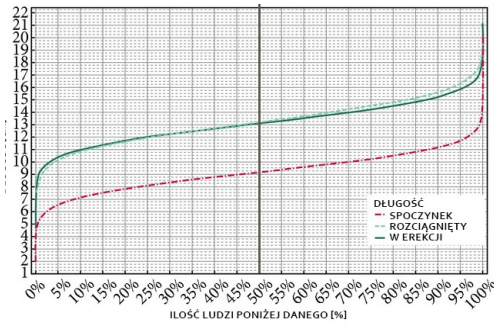
#### NOTA BENE

Badań nad anatomią kobiet jest niestety mniej. Z tych przeprowadzonych wynika, że istnieje olbrzymia różnorodność w długości i kształcie warg sromowych czy piersi co może upewnić pacjentki, że nie mają się czego obawiać (Brodie et al., 2019; Kościński, 2019). Ekstrema rozmiarowe rzadko są preferowane



#### NOTA BENE

Duża część zaburzeń seksualnych odpowie na psychoterapię. Nie zapomnij jednak o szukaniu innych przyczyn dysfunkcji. Zaburzenia hormonalne, ginekologiczne, urologiczne czy nawet sercowo-naczyniowe mogą się objawiać w młodym wieku. Taka wizyta to też znakomita okazja do promocji zdrowia i modyfikacji czynników ryzyka: alkohol, palenie, cholesterol, cukrzyca, nadciśnienie, przesiewy raka prostaty czy szyjki macicy, etc.



#### ↑ RYCINA 4

Synteza klinicznego zbadania rozmiarów penisa u max. N=14,160 mężczyzn z wielu rejonów świata. Aby zidentyfikować ile osób w populacji ma **przynajmniej** dany rozmiar, należy wybrać długość a następnie prześledzić odpowiedni centyl (Veale et al., 2014).

#### → RYCINA 5

Ocena relatywnej atrakcyjności u mężczyzn, we wle odeny różnych modeli 3D wśród n=103 kobiet. Im bardziej czerwony kwadrat, tym atrakcyjniejszy osobnik. Plansza (A) pokazuje rozmiar penisa vs. stosunek ramion do bioder, (B) vs. wzrost. Eksperyment nie tylko pokazuje różnorodność upodobań płci przeciwnej, ale i utwierdza w fakcie, że istnieją inne modyfikowalne formy atrakcyjności, na które pacjent może mieć wpływ (Mautz et al., 2013).

– Opóźniona lub nieudana ejakulacja – problemy z osiągnięciem orgazmu zdarzają się również u mężczyzn. Tu pomagają przejrzenie leków, obaw oraz poprzednich doświadczeń pacjenta. Rozmowa z partnerem oraz przekierowanie skupienia się na dojściu do orgazmu może rozwiązać większość przypadków. Ważne jest skupienie się na sobie i autoeksploracja (jak w niskim libido) oraz obniżenie autokontroli przedwczesnej ejakulacji. Wielu mężczyzn boi się konsekwencji orgazmu (brak zadowolenia u partnera, myślenie o innych stresorach i brak skupienia na seksie, rozproszenie, próba wyhamowania orgazmu, obawa o brak antykoncepcji).

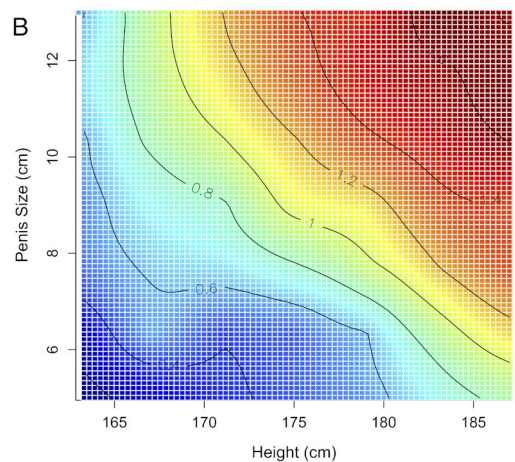
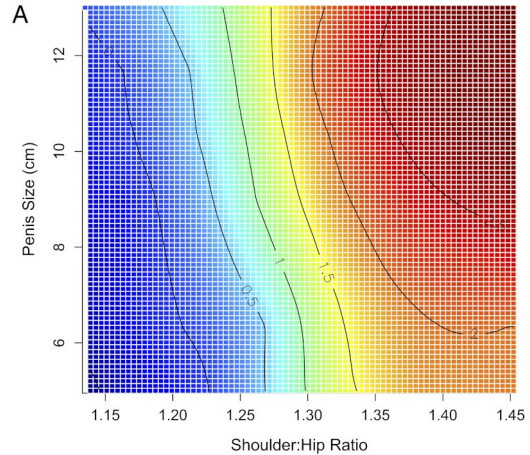
#### 4. Inne „zaburzenia”

Niektóre osoby nie traktują opisanych tu zaburzeń jako problemy. Są pacjenci, którzy nie osiągają orgazmu, nie mają potrzeb seksualnych lub nie wymagają od partnera olbrzymiej ilości stymulacji. Nie należy traktować tego jako choroby. Jeśli pacjent jest aseksualny i nie postrzega tego jako problemu, próby „nawrócenia” go zakończą się nieprzyjemnym dla obu stron fiaskiem.

Istnieje również olbrzymia ilość rzadszych i bardziej specjalistycznych problemów seksualnych. Są to np. brak identyfikacji z własną płcią biologiczną, dysforia płciowa (gdy nieidentyfikowanie się z płcią biologiczną powodują dyskomfort i stres), problemy z samookreśleniem się, toksyczność w próbie dopasowania się do innych lub autoagresja po odkryciu innych niż heteroseksualne preferencji płciowych.

#### Ale ja się tego wstydzę!

Wielu lekarzy boi się pytać o sprawy związane z życiem seksualnym pacjentów. Może to powstrzy-



mać ich przed zadawaniem odpowiednich pytań i w efekcie uniemożliwić sensowną konsultację. Najważniejsza jest tutaj praktyka: im więcej wywiadów, obserwacji, doświadczenia i oswojenia, tym lepiej! Czasami pomaga medykacja schorzeń (ale warto powstrzymać się przed nadmiernym żargonem) – zaburzenia ginekologiczne czy urologiczne to taki sam problem jak zawał serca czy zapalenie płuc. Nie należy się więc go wstydząć czy omijać. Poznaj osoby z innymi upodobaniami niż ty, rozmawiaj z nimi. Zapewniam, że ciężiej będzie ci skandować batożenie gejów, jeśli poznasz kogoś o takich upodobaniach seksualnych.

Warto też unikać uprzedzeń – ludzie starsi również uprawiają seks, młodzież akademicka nie zawsze musi być poligamiczna, mężczyznę również można zgwałcić, a inne preferencje seksualne: homo, bi, trans seksualizm są normalnym elementem życia ludzi. Pamiętaj, homoseksualizm występuje w przynajmniej 299 gatunkach zwierząt na planecie. Homofobia tylko w jednym.



## MULTIDYSCYPLINARNA KONFERENCJA OCENY RYZYKA PRZEMOCY

### Psychiatria Sądowa

*Cotygodniowe spotkanie informacyjne ma na celu zebranie wiadomości i opinii przedstawicieli kluczowe agencji zaangażowanych w przypadki wysokiego ryzyka przemocy domowej. Rolą zebrania jest ułatwienie, monitorowanie i ocena skutecznego podjęcia odpowiednich działań w celu zwiększenia bezpieczeństwa publicznego.*

#### PRZYPADEK AJ

**N**astępny przypadek raczej długo nam nie zajmie – główny policjant multidyscyplinarnego zespołu do spraw prewencji przemocy domowej wydawał się być niewzruszony. Zebrani w pokoju mimowolnie przewrócili kartki na następną stronę i skupili się na kartotece z numerem 78.

– Nancy, może ty to przedstawiś lepiej – policjant zwrócił się do przewodniczącej podzespołu pomocy kobietom w ośrodku ratunkowym.

– Pewnie. To nic takiego. Tylko dla zebranych tutaj podam do protokołu: do ośrodka kryzysowej pomocy przemocy domowej przybyła kobieta lat około 30 w piątek wieczorem. Podawała się za żonę Amira, jednego ze znanych nam tutaj w okolicy przedsiębiorców obracających nieruchomościami. Opowiedziała nam historię jakoby na jednej z ich posiadłości miało miejsce mini więzienie i miejsce spotkań jego sekty. Kilka rodzin przywodziło tam swoje żony i dzieci w każdą sobotę i niedzielę na rytualne obrzędy. Wódz sekty, Amir, miał rzekomo karać inne kobiety oraz brać dzieci na wychowanie od rodziców. Jako strategii używał konfiskaty pierwotnego. Rodziny były bardziej posłuszne, gdy wiedziały, że u Amira w piwnicy siedzi ich dziecko i może zostać torturowane lub nawet zgładzone wobec najmniejszego sprzeciwu. Ona sama była jego „ulubioną” żoną, więc zachowywała pewną dozę autonomii. Dzieci zabierane rodzinom były golone i wtrącane do komórek oraz pomieszczeń piwnicznych w wili. Tam od samego początku uczono ich jedynie służby. Wobec powyższego nie wykształciła się w nich ludzka mowa. Kobieta nagrała to na telefonie. – Nancy mówiła o tym wszystkim bez cienia emocji. Zgromadzeni w pokoju profesjonaliści: z centrum pomocy dzieci, szpitalnego oddziału ratunkowego, akcji antyprzemocowych i pomocy społecznej również wydawali się niewzruszeni. Ja i Filip, miejscowy lekarz rodzinny, z którym szef wysłał mnie na to spotkanie nie mogliśmy uwierzyć własnym uszom.

– Janinko, włącz proszę to nagranie – Nancy uruchomiła odtwarzacz na komputerze, a projektor za chwilę rozjaśnił wszystkim obraz nagrany przez kobietę. Była to potworna piwnica, w której

jedyne światło wywodziło się z drobnego okienka w drzwiach. Wewnątrz siedziało kilka małych i bardzo wątłych osóbek. Kobieta nagrywająca włączyła latarkę w telefonie, co rozświetliło czerwony refleks oczu dzieci, które natychmiast ruszyły w stronę nagrywającej. Ich chód nie przypominał niczego co znamy z ludzkich zachowań; było to prędzej czołganie się po podłodze: ręce dzieci opierały się na deskach i szorowały po nich, gdy pociechy próbowały odpychać się tylnymi nogami i przedostać w kierunku kogoś, kto wedle ich mniemania miał dać im jedzenie. Sytuacja była podobna do rybek akwariowych, które rzucają się w kierunku światelka z odsłoniętej pokrywy naczynia, przez którą właściciel ma za chwilę nasypać płatków. Ciężko było szukać człowieczeństwa na twarzach dzieci, które uchwyciła kamera: wychudzone, wątłe, z obwisającą skórą i wygolonymi głowami. Nie mówiły, ale pohukiwały, niektóre wydawały z siebie szekopodobne piski. Ten przerażający huk był słyszany na nagraniu wraz z rozmowami w tle. Po ruchach kamery widać było, że kobieta bardzo boi się wejść do pomieszczenia, a zanim dzieci dopadły ją z prośbą o pomoc, ta zdążyła już zatrasnąć zasuwę. Męski głos przerwał nagranie, gdy jegomość zapytał się o coś do picia. Telefon musiał być być szybko schowany do kieszeni, albowiem czarność nagrania jeszcze przez chwilę uchwyciła zgiełk ludzkich rozmów znany z kulturalnych imprez okolicznościowych.

– Ona to musiała nagrać ukradkiem. Szykowała to jako dowód – wspomniałem szeptem do Filipa, którzy przytaknęli.

– Kobieta pokazała nam to nagranie, które zanotowaliśmy w protokole – Nancy kontynuowała swój wywód – Był jednak piątek wieczór, więc postanowiliśmy z przesłuchaniem poczekać do końca weekendu. Pracowniczka ośrodka pokrótce wyjaśniła kobiecie jej status, przyznała pokój oraz przekazała ulotkę na temat czynszu i zasad funkcjonowania domu ratunkowego dla kobiet.

– Czy miała środki na coś takiego? – zagadnęła jednak z pracowniczek opieki społecznej.

– Tak. – Nancy nie popatrzyła się nawet w jej stronę – Przygotowała okazałą sumę, około czterdziestu tysięcy funtów. Ponoć do ucieczki od męża zbierała się kilkanaście miesięcy. Od-



#### NOTA BENE

Najbardziej niebezpieczne pokoje w domu to kuchnia i łazienka, ze względu na ilość potencjalnie zabójczych i groźnych przedmiotów, które znajdują się w tych pomieszczeniach. Do tego w zabudowie mieszkalnej, łazienka bywa zamkniętym i dość odizolowanym obszarem.



#### NOTA BENE

Ofiarom przemocy domowej nie wolno sugerować natychmiastowego opuszczenia predatora. Może się to skończyć opłakanym skutkiem (złość, eskalacja agresji i przemocy). Niemniej jednak, warto zaproponować osobie skrzywdzonej spakowanie torby z niezbędnymi rzeczami i ukrycie jej, np. w sypialni. Telefon na infolinię pomocową może być zapisany w książce pod inną, mniej podejrzaną nazwą, np. dostawcy pizzy czy pralni.





#### NOTA BENE

W repertuarze predatorów znajduje się wiele innych metod zastraszania, szantażu emocjonalnego i przemocy. Większość z nich nie jest tak skomplikowana i inteligentnie wykonywana jak ta opisana w przykładzie.

#### MYK NAUKOWY JAK DUŻY JEST PROBLEM?



Znęcanie się nad dziećmi jest niestety bardzo częstym procederem. Fizyczna przemoc to uderzanie (prętami, ostrymi przedmiotami, sztuciami), przypalanie (papierosami, gorącą wodą z czajnika, parzenie przez wsadzanie dziecka do wrzątku), kopanie oraz potrząsanie, w tym rozwalanie głowy niemowlaka o ścianę czy framugę drzwi. Około 49 na 1000 dzieci doświadcza przemocy fizycznej. Nie wlicza to przemocy psychicznej czy zaniędywania dzieci (Zolotor & Shanahan, 2011).

kładała pieniądze na specjalnie założone, tajne konto. Miała ze sobą torbę z najważniejszymi kosmetykami i ubraniami na zmianę, ale nic więcej. Oskarżyła również Amira o *gaslighting*.

Co to było? Gaslighting to jedna z metod zastraszania i przemocy domowej, której główną osią jest wypieranie prawdziwych zdarzeń oraz próba indukcji depersonalizacji i derealizacji, tj. braku wiary w własne zmysły i w samego siebie. Gaslighting zaczyna się stosunkowo niegroźnie. Chodzi o to, żeby ofiara widziała, że to, co myśli nie dzieje się naprawdę. Predator może zapytać ją o zrobienie herbaty, a następnie zamaskować ten czyn: szybko umyć naczynia, odstawić czajnik. Zapytana drugi raz o herbatę osoba powie „*ale przecież ci już to zrobiłam!*”; predator oczywiście zaprzeczy i pokaże nieużyty zastawę kuchenną jako dowód. No ale w końcu raz coś takiego może się zdarzyć każdemu! Następnie idzie dalej. Kobieta jedzie na zakupy samochodem? Potajemnie wkradamy się na parking i uprowadzamy auto. Spanikowana dzwoni do nas, po czym my spokojnie odpowiadamy, że przecież pojechała była autobusem! Kobieta zaczyna gorączkować się jeszcze bardziej, gdy my mimochodem wtrącamy sugestię, aby zajrzała do portfela. *Voilà*, jest tam bilet na autobus! Oczywiście uprzednio przez nas podrzycony.

W taki sposób można również zacząć udawać więcej rzeczy. Na przykład ustawić się jako ofiarę przemocy: upozorować swoje krzywdy i wręczyć kobiecie nóż, pójść z nią do lekarza i przedstawić jej objawy, co z pewnością gwarantuje jej przyjęcie do szpitala psychiatrycznego, a przynajmniej kilka rozpoznań psychiatrycznych. No i jeśli odpowiednio długo poprowadzimy tę strategię, łatwo jest już owinąć sobie wokół palca zarówno ofiarę jak i cały system opieki zdrowotnej i społecznej. Kto bowiem uwierzy zapłakanej kobiecie, która ma dokumentację pełną rozpoznań psychiatrycznych, pobyków w szpitalu na oddziale za-

mkniętym, pół tuzina leków antypsychotycznych i drugie tyle zgłoszeń na policję. Można właściwie gwałcić ją i maltretować do oporu; w końcu to predator będzie zawsze „*tą biedną ofiarą!*”! Zwłaszcza, jeśli jego zachowanie jest selektywne.

Istnieje kilka opisanych przypadków seryjnych zabójców, którzy w ten sposób usiłowali dokonywać przestępstw lub znęcających się nad podopiecznymi wychowawców ośrodków dla młodzieży. W końcu siła stereotypu zwycięży: mały, nieporadny i fajny wujek, który przyryka czasami oko na szmuglowany alkohol i nie ukręca potajemnych imprez. Kto jest winny? On czy małaletnia dziewczyna z „*problemami!*”, która dopiero co przeprowadziła się do nowego miejsca. On miałby ją dotykać? Albo krzyczeć na nią? Nie-doczekanie!

– Jaki jest wynik tego przypadku, Nancy? – policjant wydawał się być niepokieszony długością wywodu.

– Żaden. W poniedziałek kobieta zniknęła bez śladu.

– Aha. OK. No to już nic nie możemy zrobić tutaj. Sprawa kolejna, sygnatura akt 89.

W drodze powrotnej nie mogłem sobie wybaczyć zostawienia tego przypadku na dole biurowego śledztwa; Filip również nie dowierzał lepszemu wyjaśnieniu sytuacji. Latem omawiałem ten zagadkowy przypadek ze współautorem podręcznika w jego willi na pograniczu królestwa Saksonii.

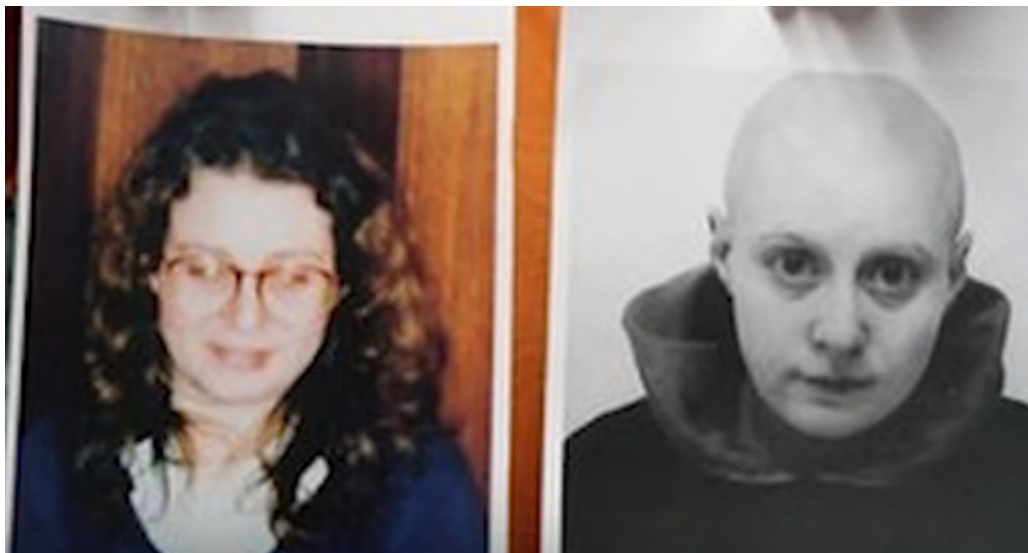
– Włączyłeś tryb samolotowy?

– Oczywiście.

– To powiem Panu że to jak dla mnie musi być grubsza sprawa – Maciej dopił desperadosa – Naprawdę ten człowiek musi mieć coś za uszami. Ma kontakty z prokuraturą, z policją, to nie może być

#### →RYCINA 5

Podobne przypadki zdarzały się wcześniej. Zazwyczaj stanowią mieszankę kultu, morderstwa, szantażu, manipulacji i wszelkiej maści zaburzeń osobowości. Imienniczka głównej bohaterki Aliczka - Barbora była również uwikłana w głośną w Czechach sprawę Dzieci z Kurim, gdzie brała udział w mistyfikacji ułożonej przez mesjanistyczny Ruch Grala i upiorne przed-szkole „Promyczek.”



tak, że on coś takiego robi. Tak samo nie wierzę w to zniknięcie.

– Tak?

– Oczywiście. Słuchaj: ile jest kamer na obywatela w Wielkiej Brytanii? Cztery? Pięć? A ile musi być w tak ściśle chronionym ośrodku. I co? Żadna nic nie złapała? Kamera przed korytarzem, przed wejściem? Portier? Książka wyjść i wejść? Log z drzwi? Nic a nic?

– Masz rację. Policja mówi, że kamery się popsuły. Tak po prostu.

– Bardzo wygodne.

– Ale myślisz, że trzyma ich wszystkich w garści? Że ma takie duże wpływy?

– Być może. Nie wiem czy swoją żonę by zabił. Może nie jest aż taki okrutny. Ale mógł ją przy takim bogactwie wysłać nawet na wyspy Bora Bora; niech tam się smaży w spokoju, a miejscowi domyślają co z nią zrobił. Wprawdzie groźba „zniknięcia” takiej osoby pokazuje tylko jego olbrzymią władzę.

– W rzeczy samej.

– Poza tym spójrz na te dzieci. Przecież one zupełnie nie mają wykształconej mowy. Nie są w stanie funkcjonować w społeczeństwie. Ich obszary w mózgu odpowiedzialne za komunikację zostały poddane bezpowrotnemu zniszczeniu. Nawet jak ktoś ich odratuje, to ich życie jest skazane na cierpienie i całkowitą beznadziejność.

– Nie pomyślałem nawet o tym.

– Z drugiej strony też nie wiadomo, czy ona mówiła prawdę. Tak rozplątać się w powietrzu? Nie wiadomo gdzie te dzieci są, nie wiadomo czy to wszystko nie było upozorowane. Nie wiadomo czy ona nie chce tylko wkopać swojego męża. O ile w ogóle była jego żoną.

– Zatem nie jestem w stanie nic nawet zrobić w tej sprawie.

Byłem pełen zrezygnowania i rozpaczy. Wobec braku informacji i bezsilności aparatu ścigania musiałem dać za wygraną. W tamtej chwili pomyślałem, że sprawa to zamknie się raz na zawsze, a szansa na jakikolwiek ratunek dla zamkniętych tam dzieci minęła po rozpląnięciu się w powietrzu tej feralnej kobiety. Okazało się, że powróciła ona dopiero kilka lat później.

– Ta rodzina to są jacyś absolutni psychole. Ten ojciec to już w ogóle! – konsultant intensywnej terapii mówił do mnie pokazując szalone gesty wokół swojej głowy. – Wierzysz w to wszystko, o czym oni mówią?

– Wcale. – rozmawialiśmy o nowej pacjentce. Była to trzydziestoparoletnia dziewczyna, która

została przyjęta na oddział anaestezjologii i intensywnej terapii z niewydolnością oddechową typu 2. Po intubacji praktycznie natychmiastowo wracała do normy. Rodzice klócili się, że to wina szpitala i że lekarz rodzinny nieodpowiednio się nią zajmował. Byli zaskakująco zaangażowani, mimo że córka miała już dobrze powyżej trzydziestki. Widać, że konsultant miał ich już dosyć i tylko myślał jak to by ją dekaniulować i wysłać na jakiś inny oddział. Fizjologicznie była całkowicie gotowa do wyciągnięcia rurki dotchawicznej.

– Skąd u takiej młodej dziewczyny niewydolność? – dziwiłem się.

– Eh – machnął ręką – Ma jakieś tam choroby neurologiczne, mięśniowe, coś tam jest. Pełno dokumentacji i historii wcześniejszych przypadłości w systemie. Była pod opieką już niejednego lekarza. Widzieli ją ludzie z Bristolu, Oxfordu, Londynu, Swindon. Wszędzie!

– Może się ją zapytam?

– Niemożliwe. Ma paraliż strun głosowych. Dostała również zachłyśnięcia pokarmem więc pewnie część poleciała do płuc.

– Paraliż i pokarm?

– Tak, karmią ją przez PEG.

– To jak mogła się zachłysnąć, skoro karmią ją przez rurkę bezpośrednio do żołądka? – popatrzyłem na konsultanta, który wydawał się być skonfundowany

– Słuchaj, młody Maksymilianie, jak cię to tak bardzo interesuje to zajrzyj do tej historii. Ja tylko potrzebuję jednej odpowiedzi.

– Kiedy możemy ją wypisać?

– Dobry chłopak. Nauczyłeś się czegoś! – uśmiechnął się i wyszedł spałaszować burgera z kurczakiem, którego dla niego kupiłem. To już prawie tradycja, że młodych lekarzy wysyła się po jedzenie. Ja nie narzekam. Za dychę, którą mi dał mogłem kupić porcję również dla siebie.

Spojrzałem na dokumentację. Historia dziewczynki wydawała się mieć więcej dziur niż odpowiedzi. Olbrzymia ilość listów klinicznych przyjęć i rzekomo wykluczających się przypadłości: paraliż strun głosowych? Niewidoma? Białaczka? Dystrofia mięśniowa, która miała ją zabić już kilka lat temu, ale dalej żyje i to bez pogorszenia objawów... Używa wózka, ale nie ma stwierdzonego porażenia na obiektywnych testach.

Kilka godzin spędziłem na porządkowaniu tej papierologii i telefonach do wszystkich konsultantów, którzy mieli ją w opiece. Wielu wspominało o matce, która zawsze mówi za dziewczynkę i jest „wyjątkowo opiekuńcza”.



#### NOTA BENE

Wiele interwencji medycznych, niespecyficznych diagnoz oraz wykluczających się konsultacji powinno zapalić lampkę alarmową. Zwłaszcza jeśli dziecko samo nie odpowiada na pytania zadawane przez lekarzy lub zachowuje się w sposób nieadekwatny do wieku.



#### NOTA BENE

Opiekuńczość rodziców może być też związana z ciężkim stanem zdrowia dziecka. Podejrzliwość wobec lekarzy i potrzeba kontroli to naturalne zachowania, które mogą wynikać ze wcześniejszych, mniej przyjemnych spotkań z systemem ochrony zdrowia. Warto jest zachować umiar w osądzie.



#### NOTA BENE

Rysunki mogą być dobrym materiałem do analizy. Nie tylko stanowią formę komunikacji przez sztukę, ale pokazują wiele umiejętności manualnych i rozwojowych pacjenta. Dzieci na różnym stopniu rozwoju będą w stanie rysować kółka, proste linie, bryły itd. w zależności od wieku rozwojowego.

Napisałem bodaj pięć stron karty przyjęcia, po czym wyszedłem po dolewkę taniej NHSowej kawy. Pielęgniarka złapała mnie w przejściu.

– Hej, wiesz gdzie trzymamy kredki? Ta spod czwórki chciałyby porysować.

– Alicja? Przecież ona jest niewidoma! Jak mogła chcieć coś rysować?

– Niewidoma? Poprosiła sama o kredki jak jej wyjęliśmy rurkę tracheostomii. Musi znać rysowanie...

– Poprosiła? Przecież ona ma paraliż strun głosowych.

– A gdzie?! Mówi! I to całkiem składnie. Tylko nie przy rodzicach – tego było za dużo. Poszedłem w jej stronę i zacząłem przyglądać się rysunkom.

– To ty? Aliczko?

– Tak. To ja. Jeszcze mam moich wielu braci. I wiele siostr!

– A to ciekawe. Twoi rodzice mówią, że jesteś jedynaczką...

– Nie. Mam dużo chcesz zobaczyć?

– Pewnie. Masz ich zdjęcia?

– Ehe. Na telefonie – wskazała w stronę torebki. Podałem jej komórkę, a ta odblokowała ją palcami. Przewinęła kilka stron w galerii, gdy moim oczom pokazało się zdjęcie, które pamiętałem znakomicie ze spotkania grupy antyprzemocowej.

– To jest twoje rodzeństwo?

– Tak. Rysujemy czasami razem. Są też Antoś i Leon. Oni mieszkają w innym pokoju. Tam, gdzie wujek Kelvin przychodzi sam.

– Wujek Kelvin? Co z twoimi rodzicami?

– Oni się boją go. Bardzo. On jest bardzo ważny. Nie mogę o nim mówić...

– Aliczko... wiem, że to bardzo ciężkie dla ciebie, ale czy znasz może innego wujka, wujka Amira?

– Amir! Tak. To od niego wujek Kelvin wynajmuje mieszkanie. Ale Amir nie może wiedzieć o niczym. On jest dobry. On będzie bardzo zły na wujka Kelwina, jak się dowie.

– Dowie o czym?

– Aliczko! Moje kochanie, jesteś tutaj! – córka natychmiast zamilkła, gdy rodzice weszli do pokoju – o proszę już rurki nie masz! – przytaknąłem w stronę rodziców i odszedłem w swoją stronę. Na szczęście ludzie ci byli tak bardzo zafiksowani na punkcie medykalizacji córki, że nie chcieli rozmawiać z nikim poniżej konsultanta.

– Moje kochanie – rodzicielka przytuliła się

do córki – Moje najkochańsze, co oni ci tutaj dają?! Znowu tylko morfina? Przecież mówiłam wyraźnie, że Aliczka przyjmuje tylko fentanyl i oksykodon... Czy wy chcecie ją skrzywdzić? Moje kochanie... nie martw się, mamunia już jest tutaj. Zaraz zrobię, żeby cię nie bolało. Mmm... bawiłaś się telefonem? – Matka popatrzyła na mnie oskarżycielsko – Nie wie Pan, że Alicja musi wypoczywać? Nie wie, że ona jest niewidoma i potrzebuje leków? Gdzie jest Pański profesjonalizm? Albo empatia. Naprawdę, przykro mi to mówić, ale po prostu Pan tego nie ma. Musimy przenieść Alicję z tego oddziału!

– Oczywiście – moją następną myślą było jak najszybsze wezwanie zespołu przeciwdziałania przemocy domowej.

Ta sprawa miała jeszcze zatoczyć szerszy krąg. Policja natychmiast zjechała się do szpitala, a rodziców i pacjentki funkcjonariusze nie odstępowali na nawet na krok. Główna śledcza pojawiła się wkrótce na oddziale. Była kobietą, która napawała respektem i niesamowitym szacunkiem do profesjonalizmu wykonywanych czynności. U mnie respekt ten przechodził w lekkie przerażenie. To jedna z osób, której nie chciałem podpaść.

– Ty jesteś lekarzem przyjmującym? – jej uśmiech był wręcz obezwładniający.

– Tak.

– Zechcesz rzucić okiem na kilka rzeczy? – zawałała się – Mogę ci mówić po imieniu? Przepraszam, zanotuję sobie nazwisko z plakietki, ale jesteś tak młody, że ze spokojem mógłbyś być moim wnukiem. Ach jak ten czas leci. Nasze małe dzieci teraz są poważnymi lekarzami.

– Nie przesadzałbym z tą powagą. Oczywiście. Jestem Max.

– Świetnie – wyjęła notatnik – Dzięki wielkie za wszystkie informacje, dokumentacja medyczna na najwyższym poziomie, naprawdę jestem pod wrażeniem. Dziwne, że jeszcze nikomu nie udało się przed tobą dojść do takich wniosków.

– Zdarza się. Zwłaszcza jak jesteś z rejonu. Nikt nie kwestionuje poważnych autorytetów w ich diagnozach. A na pewno nikt nie chce narazić się matkom...

– W rzeczy samej. Widzisz, weszliśmy na teren tego domu. Rzeczywiście zidentyfikowaliśmy te miejsca z materiału zabezpieczonego na telefonie. Przywieźliśmy dzieci do ośrodka ratunkowego. Te zahukane, małe, biedne istoty... A to co w tym domu było?! Miejsca dla dzieci w małych, zimnych pokojach. Biedne leżały na kartonach i w posłaniach dla psów. Wszystko to oczywiście w olbrzymim, cuchnącym od ludzkich odchodów i psich misek odorze. Te dzieci musiały prze-



#### NOTA BENE

Nieznajomi ludzie, strach, niekwestionowane autorytety oraz niezdrowe relacje między rodzicami a dzieckiem to kolejne podejrzone elementy tej historii.



chodźć piekło na ziemi! Jedzenie psiego żarcia, mieszkanie po ciemku... one mają niektóre psie zachowania. Wręcz szczekają i chodzą jak psy. A w ogródku znaleźliśmy kilka szczątków płodów z aborcji udanych i małych zaniedbanych dzieci z tych... powiedzmy, trochę mniej udanych.

Z oględzin dzieci wynika, że były przypalane papierosami, dżgane sztuczcami, okaleczane. Odcinano im różne części nóg, stóp, pośladków, uszu. Rozumiesz? Kompletna paranoja.

– Znakomicie. To będziecie mieli pełne ręce roboty.

– Tak. Rzeczywiście... Biedny Leoś. Podchodzi do wszystkich na oddziale, przytula się, chce się bawić.

– To normalne w tego typu zaburzeniach przywiązania. Nie był w stanie wykształcić prawidłowej więzi z rodzicami, więc nie ma również naturalnego strachu przed obcymi.

– Rozumiem.

– Do tego on, jak i inne dzieci były okropnie traktowane. Wielu szkód w ich układzie nerwowym nie da się już odwrócić. Nawet przy najlepszej terapii.

– Czy udało się powiązać sprawę z którymś z podejrzanych? Amir? Kelwin? Coś znaleźliście?

– Nie. Ślad się urwał na tym domu. Amir został przesłuchany dokładnie i był tylko boguducha winnym właścicielem. Nie wiedział co dzieje się w wynajmowanym lokalu.

– Wielka szkoda – nie wiedziałem co odpowiedzieć. Cała sprawa ciągnęła niewybrednie w kierunku całkowitego fiaska śledztwa. Znów ślad prawdziwego sprawcy miał się urwać. – Jakie mogły być motywy tego całego Kelwina?

– Nie wiem. To wszystko wydaje się być bardzo zagmatwane. A ty jak myślisz?

– Jest kilka hipotez. Po pierwsze mógł być po prostu zwyrodnialcem, który chciał mieć kontrolę: trzymanie w garści dzieci ludzi z jego otoczenia to coś, co daje niesamowitą władzę. Po drugie, mógł te dzieci wykorzystywać. Na darkwebie na pewno znajdzie się olbrzymia ilość kupców: na pornografię, na wyżywianie się fizyczne, na oglądanie znęcania się i odcinania kawałków uszu czy wkładanie rozżalonego prętu do oczodołu dziecka. No i po trzecie zostaje nam kult. Lub pseudo-kult, sekta.

– Wszystkie trzy wróżą nam niskie szanse znalezienia szybkich odpowiedzi. Jeśli chciał mieć kontrolę, ludzie będą się bali współpracować; w przypadku zarabiania pieniędzy, płatności były przyjmowane w kryptowalutach, na anonimowych forach i zapewne nie znajdą się świadkowie.

Wreszcie kult... tu będzie pewnie jeszcze ciężiej...

Konsultant nie dowierzał jak duże atrakcje może przyjąć mu ta zmiana.

– Przynajmniej pozbyliśmy się jej z oddziału? Prawda? Jakiś pozytyw? – próbowałem go pocieszać, mimo tego że sam byłem zrezygnowany. Po raz kolejny wydawało mi się, że sprawa umarła śmiercią naturalną i ten kolejny trop zatopi się na zawsze. Podszedłem do stacji pielęgniarek, gdy matka Alicji krzyknęła w moją stronę.

– To nie nasza wina! Musi nam Pan uwierzyć!

– Proszę nie krzyczeć. Opowie Pani wszystko policji. Naprawdę.

– Nie mogę. Będzie wtedy za późno. On się dowie o wszystkim...

– Za późno?

– Kelwin się zna z policją. Nie pozwoli nam mówić – to imię wzbudziło moje zainteresowanie.

– Kelwin?

– To on nam kazał to robić. To on dał nam w opiekę Alicję. Mówił, że to jedyna szansa na wytworzenie nowego mesjasza. Nowego męczennika, który tylko przez swoje cierpienie osiągnie prawdziwy kontakt z niebiosami.

– Chyba za dużo się naoglądał „Martyrs” – powiedziałem cicho i popatrzyłem na rodziców.

– Musi nam Pan uwierzyć! Proszę...

– Jeśli mają Państwo jakieś dowody, możecie je przekazać policji.

– Proszę... niech Pan zobaczy na jedno tylko zdjęcie. I mi Pan uwierzy. – Nie miałem nic do stracenia. Zmęczony ruszyłem w kierunku matki, gdy ta wyjęła swój telefon.

– Mesjanistyczne sekty? Te wygłodzone dzieci? To to chce mi Pani pokazać?

– Niech Pan doktor zobaczy. – Na ekranie telefonu pojawił się filmik. Było to nagranie z kamery przemysłowej. Przedstawiało korytarz hostelowy z wieloma pokojami. Przed jednym z nich siedziała dwójka pracowników. W jednej chwili przypomniało mi się, gdzie to się znajduje. Był to znany mi wcześniej ośrodek pomocy dla samotnych kobiet. Ten sam, z którego przed laty zniknęła rzekoma uciekinierka, żona Amira. Pracownicy rozmawiali między sobą:

– *Ale ta nowa wydaje się dziwna... Przyszła taka roztrzęsiona, ale z dobrym planem ucieczki. Jedna rzecz mnie tylko zastanawia.*

– *Hm?*

– *Skąd ona ma tę dziurę w szyi?*



#### NOTA BENE

Nadmierna chęć zabawy, brak obawy przed nieznanymi oraz zbyt duże zaufanie wobec personelu mogą świadczyć o patologii, np. zaburzeniu przywiązania (attachment disorder). Tego typu wady rozwojowe mogą również wpływać na późniejsze życie: związki, przeżycia seksualne, patologie. Np. kobiety, których ojciec był alkoholikiem same mają większe ryzyko posiadania patologicznej rodziny (Petersen et al., 2014).



#### NOTA BENE

Dzieci wychowywane w trudnych warunkach mogą zacząć odtwarzać zachowanie tego, co widzą, w tym psów. Znany polski przypadek to tragedia w Izdebkach.



#### NOTA BENE

Ważnym elementem w wyjaśnianiu takich przypadków jest określenie stanu psychicznego osoby podejrzanej.



#### Operacja Fort

To jedno z największych śledztwo przeciwko współczesnemu niewolnictwu w Europie. W samym „Forcie” znaleziono ponad 80 ofiar; policja szacuje że mogło się tam znajdować ok. 400 kolejnych. Osoby więzione były imigrantami z Polski, którym oferowano dobrą pracę w Zjednoczonym Królestwie. Po przyjeździe kryminaliści zabierali im dokumenty, pakowali klitkę (zdjęcia u góry) i trzymali o głodowych racjach żywnościowych. Ofiary były zmuszane do ciężkiej pracy rolnej i recyklingu śmieci. Finanse organizowano przez agencje pracy tymczasowej (również w posiadaniu kryminalistów). Niektóre ofiary zabierano do lasu i kazano kopać własne groby. Odmawiano im opieki medycznej, co spowodowało trwałe uraz ręki u jednego mężczyzny. Marek Chowaniec (30l.) i Ignacy Brzeziński (52l.) otrzymali wyroki 11 lat więzienia. Pozostali współsprawcy również zostali skazani (fot. West Midlands Police).



#### NOTA BENE

Dane tego typu należy brać ze szczyptą soli: wiele systemów raportowania ma wady, a i nie każde podejrzenie jest prawdziwe.



#### NOTA BENE

Patologiczny stosunek w chorobie Munchausena może wytworzyć się w różnego typu relacjach opiekun / pacjent, nie tylko wśród rodziców!

## NIEWYJAŚNIONY PRZYPADEK

Historie takie jak te mogą szokować, wzbudzać niedowierzanie lub wręcz odrzucenie. Jak coś takiego może się dziać? Dlaczego nikt tego nie rozpoznał? Skąd biorą się tacy ludzie i skąd mogły wziąć się takie przestępstwa? Co mieli na celu oprawcy i jakie choroby mózgu ilustruje powyższy przykład? Rozważmy kilka rozpoznań różnicowych:

– *Pornografia dziecięca / hucore / znęcanie się dla pieniędzy*: wielu predatorów zwyczajnie zarabia na swoich ofiarach. Znane są praktyki streamów, tj. przekazów dźwięku i wideo z kamery za pieniądze na stronach pornografii dziecięcej, parafilów, sadyzmu i masochizmu. Dziecięca nagość, upokarzanie ofiar w piwnicy, przetrzymywanie w nieludzkich warunkach i zwierzęce odruchy dzieci to coś, za co można na czarnym rynku odebrać tłustą dywidendę. Za wyrefinowaną manipulacją może czaić się zwykła chęć zysku przywódcy sekty.

– *Handel ludźmi*: według raportu policji, w Wielkiej Brytanii obecnie może przetrzymać się ponad 13 tys. ofiar, w tym 4 tys. dzieci. Dzieli się je na handlowane („trafficked”), tj. często przemieszczane i wymieniane oraz na podejrzane bez opiekuna („unaccompanied”). Prawie połowa nieletnich jest wykorzystywana do pracy, 26% seksualnie, 6% wykonuje obowiązki domowych niewolników, rzadsze przypadki to porwania na zbieranie organów. Pozyскиwanie dzieci do tych celów może być różne. Niestety część podopiecznych ośrodków opieki państwowej znika w niewyjaśnionych okolicznościach. W 2018r. w ten sposób zaginęło 167 handlowanych dzieci i 593 małoletnich bez opiekuna. Do tej pory ich nie odnaleziono (Home Office, 2014; ECPAT, 2018).

W 2018r. prokuratura wniosła akt oskarżenia wobec 98 podejrzanych o przestępstwa handlu i niewolnictwa ludźmi (w tym dzieci) w Anglii i Walii; zapadło 20 wyroków, choć te niekoniecznie związane są z bieżącymi sprawami (śledztwa trwają więcej niż rok) (Home Office, 2019).

– *Sekta*: w podręczniku wspomnianych jest kilka przykładów myślenia zbiorowego oraz wykorzystania innych przez charyzmatycznego przywódcę. Religijne wierzenia, propaganda prostych odpowiedzi oraz silna więź społeczna mogą zastraszyć każdego człowieka do posłuszeństwa. Nawet jeśli w czasem przestaje wierzyć w głoszone paradygmaty, groźba śmierci lub wykluczenia jest zbyt duża, aby chcieć się wyrwać z głębokich relacji. Zwłaszcza jeśli szef sekty uzależnia innych od siebie: zajmując pieniądze, przejmując kontrolę nad dziećmi, przyjaciółmi, opanowując miejsca pracy i aprowizację żywnościowe. W tym przypadku sekta ta mogła mieć i nawet swój cel. Popu-

larnymi misjami są nadejście „mesjasza”, przygotowanie do końca świata lub podporządkowanie się prorokowi (przywódcy grupy). Kończy się to obrzędami, przestępstwami terrorystycznymi, a nawet samobójstwami i morderstwami. Podobne przykłady to sekta Besti di Satana, Ruch Grala (Dzieci z Kurim), Świątynia Ludzi Jima Jones’a.

– *Pranie mózgu / hipnoza*: w wielu organizacjach terrorystycznych popularne są praktyki propagandy, przekonywania oraz wprowadzania swoich ofiar w stan hiperskupienia, aby rejestrować im swoje informacje. Najczęściej odbywa się to przez profesjonalny przekaz, który nastawiony jest na uproszczenie zasad do kilku sloganów: „my”, „oni”; „dobro”- „zło”.

Elementy prania mózgu mogą występować przy syndromie Munchausena per procuram. Matka może na przykład przekonywać córkę: „Pamiętaj, żeby Pani doktor nic nie mówić. Daj mamusi odpowiadać. Chyba nie chcesz, żeby cię ktoś zabrał ode mnie?”, „Nie zostawisz mamusi chyba... ja cię tak mocno kocham, zginęłabym bez ciebie...nie rób tego”, „Jeśli dowiedzą się, że nie masz tych chorób, to zabiorą nam pieniądze... i jak ja dam radę kupić nam jedzonko?”; „Nie mów że masz więcej lat, bo inaczej nie dostaniesz zniżki”.

– *Niektóre objawy są niewytłumaczalne medycznie lub powodowane przez samego chorego / jego bliskich*. Mają one różny stopień wglądu, zamiaru oraz różne rodzaje korzyści, które mogą być osiągnięte. Ich dokładniejszy opis znajduje się poniżej. Alicja z naszego przykładu mogła pozostawać pod wpływem rodziców, którzy indukowali jej choroby. Może również wyolbrzymiać niektóre choroby, które rzeczywiście ma lub oszukiwać innych, aby stać się ofiarą i być poza zasięgiem organów ścigania. Wielu wykorzystuje przypadłość ciężkie do zdiagnozowania obiektywnie u dzieci, np. epilepsja, zespół jelita drażliwego, bóle kończyn lub paraliż. Przez swoją skomplikowaną historię, dzieci takie mogą spędzić miesiące, o ile nie lata, na różnych oddziałach neurologicznych czy gastrologicznych, powodując kłótnie wśród lekarzy i frustrację personelu opiekuńczego.

– *Osobowość dysocjacyjna (DID dissociated identity disorder)*: podnoszonym przez wielu psychiatrów w takich sprawach syndromem jest zespół dysocjacyjny, zaburzenia osobowości mnogiej lub „rozszczenie osobowości”. Podobnie do psychopatii, jest to swoisty święty gral psychopatologii i wiele osób kwestionuje jego istnienie. W tym kazusie (jak i przypadku Aliczki – Barbory z Dzieci z Kurim) teza podstawowa zakłada współdziałanie kilku osobowości. Małej bezbronnej dziewczynki z zaburzeniami neurologicznymi i opóźnieniem rozwojowym (preferowana: „nikt mnie nie krzywdzi jak jestem chorą dziewczynką, nikt nic ode mnie nie chce, ludzie są grzeczni!”),

dorosłej mężatki, żony potentata nieruchomościowego (tu: *chce uciec od męża, czuje się represjonowana, być może ucieczka w inną osobowość?*).

Oczywiście można wysnuć dalsze teorie. Przesłuchania nie dały żadnych efektów: pracownicy społeczni, sąsiedzi czy lokalni nauczyciele nie byli w stanie potwierdzić relacji Alicji. Niejakiego Kelwina również nie udało się znaleźć (dom był wynajmowany przez spółkę). Czyżby Alicja stała za tym wszystkim? Być może jej „trzecia” osobowość była oprawcą pozostałych dwóch?

Całość mogła oczywiście okazać się jedną wielką mistyfikacją, a teorie, historie i „osobowości” tylko przykrywką do zwykłych działań kryminalnych współczesnego niewolnictwa.

Dlatego też wszyscy zamieszani w takie sprawy są zazwyczaj bardzo dokładnie przesłuchiwanymi.

### OBJAWY NIEWYTŁUMACZALNE

W praktyce klinicznej zdarza się olbrzymia ilość pacjentów, których objawy nigdy nie zostaną do końca wyjaśnione. Dzieje się to nie tylko z powodu złożoności ludzkiego organizmu, ale i ograniczeń w naszej wiedzy i świadczeniach w ramach systemu ochrony zdrowia.

Czym innym będzie ból głowy, który przejdzie po trzydziestu minutach a czym innym nawracające udary, których nikt nie potrafi wyleczyć. Po wielu miesiącach diagnostyki, lekarze zadają sobie więc pytanie: skąd biorą się te symptomy? Co w przypadku osoby, której opowieść nijak nie koreluje z obiektywnymi badaniami obrazowymi czy chociażby pierwszym z brzegu podręcznikiem anatomii? A przecież wiele nowych zaburzeń, mutacji genetycznych czy ultrazadkich chorób diagnozuje się wówczas gdy lekarze nie dają za wygraną i uporczywie dokopują się do aetiologii objawów! Co zrobić?

Jeśli całość choroby opiera się na subiektywnym uczuciu pacjenta, nietrudno o pojawienie się wątpliwości, a nawet frustracji czy niemiłych oskarżeń. Co jeśli pacjent kłamie? Co jeśli jego objawy są nieprawdziwe? Jak może złamać świętą więź zaufania z leczącym go medykiem?

Ale co jeśli pacjent nie wie, że kłamie. Co jeśli jego objawy są prawdziwe, ale nie widać ich na skanach? Co jeśli chorego boli noga, którą już mu ktoś usunął, albo ma problemy z jelitami, które mogłyby być perfekcyjnym okazem zdrowia na kolonoskopii? Jak odróżnić pacjenta z chorobami, których nauka medyczna jeszcze nie rozumie od pacjenta, który zwyczajnie chce osiągnąć korzyści materialne z tytułu oszustwa... o tym opowiemy sobie teraz.

Medycznie niewytłumaczalne choroby to syndromy kliniczne, w których następuje nowa pro-

dukacja lub wyolbrzymianie już istniejących objawów. Może odbywać się to w każdym układzie człowieka: nerwowym, pokarmowym, krwionośnym, etc.; posiadać różne stopnie intencji chorego: od całkowitej premedytacji do zupełnej ignorancji; a także cechować się różnym wglądem w chorobę.

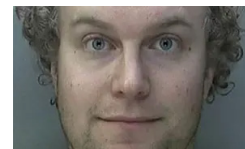
### Symulowanie (*malingering*)

Wytwarzanie objawów w tym syndromie ma na celu osiągnięcie jakichś wymiernych korzyści. Chory może chcieć wyłudzić, np. wcześniejsze zwolnienie z obowiązku pracy czy odbywania wyroku, korzyści finansowe z ubezpieczenia, renty, odszkodowania, uniknięcie odpowiedzialności kryminalnej, a także wyłudzenia leków, narkotyków czy uwagi personelu medycznego i innych. W populacji więziennictwa spotyka się próby symulacji, które mają na celu przeniesienie na lepszy blok, uzyskanie dostępu do leków czy uniknięcie kary za spowodowane zniszczenia.

Ustaliła się opinia, że objawy psychiatryczne najłatwiej jest symulować, albowiem ich obiektywna diagnoza jest niemożliwa. Jest to oczywiście nieprawda. Głównym czynnikiem sukcesu lub porażki oszustów jest czujność i profesjonalizm diagnostyka. Niedoświadczonego kardiologa czy ortopedę można łatwo zmylić niesercowym bólem klatki piersiowej czy utykaniem na lewą nogę. *Jak poradzić sobie w psychiatrii sądowej?*

Sam wywiad to nie wszystko – do odpowiedniej oceny chorego potrzeba wielu spotkań, historii rodziny, znajomych, logicznego wykluczenia braku zgodności, obiektywnych instrumentów badawczych. Oto krótka lista porad w wykryciu oszustów:

1. Brak zgodności stopnia wglądu, np. pacjent dokładnie, elokwentnie i szczegółowo opowiada jak bardzo jest zdezorientowany i nie wie co się dzieje.
2. Brak obiektywnych dowodów objawów, np. pacjent mówi, że słyszy głosy, ale nie wydają mu się przeszkadzać, nie patrzy w inne miejsca przy halucynacjach.
3. Brak wiedzy jakie pacjent powinien mieć objawy, np. chory opowiadający o halucynacjach jako hologramach (w rzeczywistości są to normalne obrazy) lub czarno-białych cieniach (większość halucynacji ma kolory) nie wspominając już o udawanych atakach paniki...
4. Brak zgodności zachowania czy afektu wobec różnych pracowników, w tym ewidentna zmiana zachowania, kiedy widzi to lekarz.
5. Ekstremalnie niskie wyniki na obiektywnych instrumentach, np. bardzo mało punktów na skali pamięci MMSE u pacjenta, który potrafi dobrze



### Matthew Falder

Był wykładowcą geofizyki na uniwersytecie w Birmingham. Został oskarżony o 137 przestępstw w stosunku do 46 poszkodowanych. Dr Falder zmuszał swoje ofiary do okrutnych czynności: gwałcenia dzieci, jedzenia odchodów, lizania toalety i popełnienia samobójstwa. Co ciekawe, żadnej z nich nie spotkał: szantaże odbywały się przez manipulację w internecie w ramach darkwebowej grupy Hutcore. To ukrywało jego przestępstwa przez prawie 10 lat. Dr Falder wchodził w posiadanie kompromatów (np. nagich zdjęć) przez podawanie się za artystę rysownika. Po zdobyciu materiału szantażował ofiary: „albo zrobisz tu, co powiem, albo wyślę te zdjęcia twojej rodzinie”. Ofiary były zbyt zastraszone, aby gdziekolwiek to zgłosić. Przypadek pokazuje potęgę zastraszania i paraliżu bezradności ofiar, które znajdują się zasięgu działania predatora.



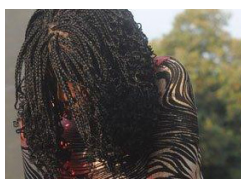
### Walijskie Niewolnictwo

W lipcu 2018 roku Rząd Walii poinformował o przetrzymywaniu 143 dzieci (niektóre nawet w wieku 2lat!), których przestępcy używali do świadczenia nielegalnych usług seksualnych. Nastolatkom obiecywano dobrą pracę w formie opieki do dzieci. Dopiero na miejscu okazywało się do czego dziewczynki będą tak naprawdę zmuszane. Oprawcy trzymali je w domu i bili za nieposłuszeństwo; niektóre ofiary miały plecy sine od urazów. Historię gehenny opowiedziała stacja BBC uciekiniarka Ewa. Nastolatka nie miała środków do życia poza obozem, więc uprawiała prostytucję nawet po wydostaniu się. Spała na kanapach używanych przez znajomych lub w hostelach dla bezdomnych. **To nie koniec tragicznych przypadków.** Michael Hughes był przetrzymywany w skrytce ogrodowej przez 20 lat. Rodzina Darrella Simestera myślała że zginął podczas wycieczki nad morze, a w rzeczywistości więziono go przez 13 lat. Podobnych spraw jest wiele... (fot. pogładowa)





Wariograf („wykrywacz kłamstw”) to urządzenie, które monitoruje szereg zmian fizjologicznych w organizmie przesłuchiwanego. W kulturze popularnej uplasował się jako obiektywny i bezkompromisowy pogromca przestępców. W rzeczywistości interpretacja wyników pomiaru zależy w dużej mierze od oceniającego. Zawodowi kłamcy mogą łatwo oszukać wykrywacz, a prawdomówni być fałszywie osądzeni. Trafność odczytów, wbrew reklamom środowiska producentów, jest wyjątkowo niska. Raporty kongresu USA kwestionują naukowe podstawy testu (Office of Tech Assessment, 1983). Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne mówi wprost: „próżno szukać dowodów naukowych, że wariograf jest w stanie dokładnie wykryć jakieś kłamstwa” (APA, 2004). Fotografia uprzejmie dostarczona przez fundację WikiMedia.



### Magia Juju

Niektórzy przestępcy mają bardziej wyrafinowane sposoby więzienia swoich ofiar. 24 letnia Idahoza zorganizowała rytuał Juju dla dwóch kobiet w Nigerii. Ofiary musiały wypić brudną wodę, zjeść węża ze ślimakiem, a następnie ogolić swoje głowy. Kobiety były następnie wykorzystywane do świadczenia usług seksualnych. Za niesubordynację groziła klątwa, która miała przynieść chorobę, szaleństwo, bezpłodność, a nawet śmierć. Eksperti badający ten proceder mówią o wytworzeniu strachu i urojeń wśród ofiar. Taka psychiczna manipulacja jest silniejsza niż jakiegokolwiek fizyczne więzy (fot. Wales News Service)

radzić sobie w życiu lub negatywne wyniki na skalach, które są przesadnie łatwe (\*pokazuje ołówek\* „co to jest?” → „Nie wiem! Zapomniałem!”).

6. Udawanie i powielanie zachowań innych chorych, np. podobne choroby w rodzinie lub zachowanie podpatrzone w zakładzie psychiatrycznym.

Przydatną obserwacją jest również zbyt duże staranie w mówieniu prawdy. Większość osób uważa, że najmniejsze potknięcie „odkryje” kłamcę. Rzeczy takie jak brak patrzenia w oczy, nieprzywiązywanie uwagi do szczegółów czy mówienie podobnych historii z drobnymi zmianami to dewiza oszusta. W rzeczywistości prawdziwa ludzka pamięć jest niezwykle zawodna. Z biegiem czasu zmieniamy szczegóły, przestajemy pamiętać o upływie czasu czy osobach, które brały udział w podobnych imprezach. Kłamca przygotowuje sobie znakomitą „legendę” i będzie popisywał się wyrafinowanymi szczegółami, o które nikt nie prosił.

*„Jaką sukienkę nosiła Pani osiem lat temu na tej imprezie?”*

*„Nie wiem, chyba tę niebieską?”*

*„Nie wie Pani? Przecież ktoś Panią wtedy zgwałcił!”*

*„Możliwe, że tę niebieską... co to ma do rzeczy?”*

*„A to, Szanowna Pani, że na zdjęciu Pani jak nic nosi różową! Jak mogę Pani wierzyć, że pamięta Pani kto Panią zgwałcił, jeśli nie może sobie Pani przypomnieć chociażby tej głupiej sukienki!”*

Nie wierzysz? Jaki kolor sukienki miała prezydentka telewizyjna z wczorajszego dziennika? A co jadłeś na śniadanie trzy wtorki temu?

Jak zatem przygotować najlepszą obserwację pacjenta? Oto kilka porad:

1. Czas jest twoim sojusznikiem. Bardzo trudno udawać manię lub psychozę przez kilkanaście godzin lub kilka dni. Symulacja po prostu nie będzie miała na to siły.

2. Podsuwanie głupawych odpowiedzi może ujawnić brak wiedzy na temat objawów. Na przykład:

*„Czyli mówisz, że czujesz się źle, zmęczona cały czas i masz depresję, tak?”*

*„Tak! Dokładnie cały czas przybita po tym wypadku w pracy”*

*„I czujesz, że ktoś blokuje ci myśli?”*

*„Tak! Dokładnie tak! Cały czas, przez ten wypadek!”*

*„I ktoś wyjmuje ci je z głowy a potem każe przestać jeść?”*

*„Dokładnie, zapomniałam powiedzieć, że nie te myśli, no te głosy mi mówią, żebym nie jadła”*

*„Czy twój volkswagen golf powiedział ci, że ma spisek z innymi samochodami aby zaprowadzić nową religię na świecie?”*

*„NO dokładnie tak mi odbija! To wszystko przez ten wypadek!”*

3. Wspomnij o innej chorobie psychicznej i zobacz, czy chory zaczyna ją wytwarzać (Uwaga! Istnieje ryzyko wytworzenia osobowości w teorii DID!)

4. Sprawdź czy pacjent wytworzył jakieś mechanizmy radzenia sobie z rzekomymi objawami. Na przykład zazwyczaj leczenie antypsychotykami, przebywanie z innymi lub zajęcie się jakąś aktywnością pomaga w obniżeniu intensywności halucynacji; przebywanie w samotności lub włączenie radia/telewizji je wzmacnia.

5. Niektóre instrumenty takie jak SIRS czy MMPI-2 są dobre w wykrywaniu chęci kompensowania czy symulowania.

Warto jest podawać pacjentowi największą ilość możliwości wyjścia z tej sytuacji z twarzą. Im głębiej chora zasklepi się w wytworzonym przez siebie świecie, tym ciężiej będzie jej z niego wyjść. Łatwiej będzie przyznać się komuś, kto chciał wymusić odszkodowanie przez preparację nowotworu, jeśli damy mu wyjście: „pomyślałeś o innych przyczynach tej choroby?”. Im dłużej staramy się go „nakryć” tym większą maskaradę będzie urządzał: dla siebie, rodziny, znajomych. W końcu zabrnę tak daleko, że przyznanie się będzie groziło mu zbyt dużą kompromitacją, o ile nie rozpadnięciem się wszelkich więzi społecznych.

Szukanie rozpoznania różnicowego, próba doszukania się innych przyczyn objawów czy chęć pomocy są rzadko widziane wśród udających choroby. Warto jest również pamiętać, że śledzenie znamion przestępstwa musi być wyjątkowo subtelne i czułe. Chorzy rzeczywiście niekiedy mają „trudne” charakterystyki lub są zmęczeni rozmowami z lekarzami. Należy to również wziąć pod uwagę. Osoby znające lepiej perspektywy chorób (czy chociażby ten podręcznik!) będą trudniejsze do rozgryzienia, albowiem ich wiedza na temat prawidłowej psychopatologii będzie znacznie większa. Na przykład, z badań wynika, że ok 88% profesjonalistów służby zdrowia jest w stanie skutecznie oszukać instrumenty pomiaru depresji (Rosner et al., 2003). Szukaj zatem bardziej subtelnych znaków, np. zmniejszenia libido, wyizolowanej pierwszorzędnej insomni (każdy wie, że mogą być problemy z zasypianiem, ale budzenie się i brak zasypiania?) czy budzenia się wcześniej rano. Osoby symulujące zazwyczaj pełne są resen-

tymentów, podejrzeń czy chęci leczenia. Nie chcą współpracować i skupiają się tylko na jednym połączeniu. Wielu używa poprzednich urazów do produkcji nowych.

„Ależ Panie doktorze! Ile razy ja mam wam to mówić! Ten ból głowy rzeczywiście wziął się z wypadku! (u pacjentki z poprzednimi migrenami)”

„Myślała Pani nad innymi przyczynami?”

„Znam swoje ciało bardzo dobrze, więc może byście mi w końcu uwierzyli, że to od tego?! Chodzę po tych lekarzach i nie mogę się dorporować tego świstka. Ja chcę tylko odszkodowanie! Co, co mi się należy”.

Oczywiście wybory ludzi symulujących lub wyolbrzymiających są często niejednoznaczne. Nie każdy jest przestępcą z zimną krwią, który łąsi się na kolejne państwowe zapomogi. Niektórzy mają olbrzymie poczucie niesprawiedliwości, np. czują się źle przez ból pleców, z którym walczą od lat. Jeśli pojawia się szansa uzyskania odszkodowania z wypadku, przypisują wzmożenie bólu do tego incydentu, aby uzyskać finansowe zadośćuczynienie za te lata nadaremnej walki.

#### F68.1 Zaburzenie pozorowane (z ang. *factitious disorder*)

Syndrom ten różni się od symulacji poprzez brak jawnych korzyści osiąganych przez osobę chorą. Nie ma tu mowy o wyłudzeniach finansowych czy próbie wcześniejszego przejścia na rentę. Osoby z zaburzeniami pozorowanymi domagają się uwagi medycznej lub opieki zdrowotnej poprzez wytwarzanie sobie objawów często dość poważny i zagrażający życiu sposób. Z drugiej strony brak tu jest nienawiści do siebie czy samookaleczenia znanego z prób samobójczych. Wgląd osoby chorej może być różny, ale zazwyczaj wie, że jej objawy są nieprawdziwe. Niektóre przykłady F68.1 pokazują, jak ciężko jest odpowiednio rozpoznać podłoże tej przypadłości. Chorzy często zgłaszają się do różnych ośrodków opieki zdrowotnej i wytwarzają lub wyolbrzymiają objawy, które prowadzą do zgoła namacalnych i wymagających leczenia chorób. W modelach psychologicznych wskazuje się na głęboką potrzebę zainteresowania, opieki i komfortu, jaką oferuje bycie chorym lub bycie obiektem zainteresowania systemu ochrony zdrowia.

#### Niektóre ciekawe przykłady to:

1. Guz chromochłonny – chory zdobywa adrenalinę, np. przez fałszywą lub prawdziwą alergię i wstrzykuje ją sobie nadmiernie. Wymaga to leczenia szpitalnego, ale czy można mu zabrać dostęp do adrenaliny, która uratuje mu życie w prawdziwym wstrząsie alergicznym?

2. Astma oporna na leczenie – chory operuje oskrzelami tak, że zatrzymuje dwutlenek węgla w płucach, co powoduje kwasicę, wymaga intubacji i pobytu na oddziale intensywnej terapii. Jak zakazać pacjentowi złego oddychania?

3. Zespół Cushinga, niedoczynność lub nadczynność tarczycy – spowodowane nieprzyjmowaniem lub zbyt dużym przyjmowaniem leków już przepisanych na zaburzenie podstawowe ten sam dylemat co w (1).

4. Utrata przytomności spowodowana niskim poziomem glukozy – nadużywanie insuliny, która przecież ratuje życie w cukrzycy typu 1.

5. Indukcja chorób grzybiczych lub infekcji poprzez wstrzykiwanie sobie własnych odchodów do krwi, wprowadzanie nieczystości z gleby do rurki dożołądkowej PEG, spożywanie spleśniałej żywności.

6. Połykanie ostrych przedmiotów, aby użyć operację chirurgiczną – czy należy odmówić pacjentowi wyjęcia noża z jelit, jeśli już mu się to stało?

Występuje również odmiana zastępcza (*per procuram lub „by proxy”*). Jest to indukowanie choroby u innego podopiecznego, bardzo często w relacji dziecko – matka. Przykład podany był w opowiadaniu powyżej. Odpowiada za niego cykl:

- Opiekun używa wiedzy medycznej do wywołania lub wyolbrzymienia choroby: częste to porażenie mięśniowe, epilepsja, bóle, nietolerancja pokarmu, opóźnienie rozwoju, astma, utraty słuchu i zmiany w zmysłach.
- Najczęściej objawy główne są widoczne tylko przez rodzica.
- Choroba wymaga przyjęcia do szpitala, zabiegów, długotrwałej ewaluacji i szukania przyczyny objawów, które są niemożliwe do znalezienia, objawy nie ustępują.
- Nie można racjonalnie wyjaśnić chorób.
- Po interwencji medycznej lub rozdzieleniu rodzica od dziecka, jego stan polepsza się, aż do wypisu lub powrotu do miejsca opieki.

#### Rozważmy znany z wielu oddziałów przykład:

*Elwira jest 34-letnią pacjentką z głębokim porażeniem dziecięcym. Jej wiek mózgowy ocenia się na ok. 3 do 6 miesięcy. Nie jest w stanie się komunikować ze światem zewnętrznym, jej polecenia wypełnia matka, 56-letnia Renata. Renata każdemu powtarza, że zna swoje dziecko bardzo dobrze i potrafi świetnie się nim zajmować. Denerwuje ją, kiedy lekarze lub ratownicy medyczni kwestionują jej osąd: „Matka wie najlepiej!”.*

*Elwira jest pod wpływem silnych środków odurza-*



Prześwietlenie podbrzusza z połkniętymi ostrymi przedmiotami (zyletki, gwoździe).

#### MYK NAUKOWY NIE UFAJ SOBIE

Pamięć może być bardzo ulotna. Istnieje kilka dobrze opisanych zjawisk związanych z tym fenomenem. W zespole braku zaufania do pamięci (**Choroba Guđjónssona-MacKeitha**) pacjent nie ufa pamięci i musi posiłkować się innymi, np. jako mechanizm kompensujący zaburzenia pamięci w chorobie Alzheimera. **Amnezja źródła** to skojarzone zaburzenie, w którym chory nie pamięta skąd ma dane wspomnienie. **Zespół Gasnera** to fugi pamięciowe w chorobie dysocjacyjnej, które produkują bezsensowne, ale umiejscowione w kontekście odpowiedzi, np.: Ile nóg ma stół? Dwie.



Shirley Ardell Mason, amerykańska nauczycielka sztuki (1923-1998). Jej życie zostało opisane w książce *Sybill: Prawdziwa Historia Kobiety Opętanej przez 16 Różnych Osobowości* (1973) oraz filmach z 1976 i 2007 roku. Dla wielu stanowiła koronny dowód na istnienie traumy i zaburzenia dysocjacyjnego związanego z wykorzystaniem seksualnym w dzieciństwie. Po latach okazało się, że objawy pacjentki były głównie indukowane przez jej terapeutkę, Kornelię Wilbur. Wielu oskarżyło ją o manipulację i celową niepoprawną diagnozę pacjentki.

jących. „To tylko na jej ból. Zawsze mówię lekarzom – ból jest główną przyczyną jej problemów!”. Dodatkowo posiada objawy jelitowe. Większość z nich została wycięta; ostatni kawałek z jednej strony obsługuje rurka w żołądku (PEG) a z drugiej stomia, która odprowadza odchody. Elwira ma również długotrwały cewnik moczowy. Nie jest w stanie się ruszać, więc potrzebuje całodobowej opieki z trzema pielęgniarkami (Elwira jest otyła, karmiona przez mamę), które przewracają ją z boku na bok, aby uniknąć odleżyn. Matka bardzo pilnuje pielęgniarek i często komentuje ich brak profesjonalizmu. „Mają brudne ręce i od tego moja Elwunia się zaraża!”. Kręci głową, gdy lekarze nie chcą przepisywać kolejnych dawek antybiotyków. „Przecież to na infekcję!”.

Elwira cierpi również na epiipsję. Matka jednak w to nie wierzy. Wstrząsy padaczkowe przypisuje bólowi i podaje kolejne dawki morfiny. Gdy jej poziom jest zbyt duży, Elwira przestaje oddychać. Wymaga to natychmiastowej interwencji anesteziologa. Dlatego też Renata ciągle naciska na lekarzy, aby ją przyjęli na oddział intensywnej terapii. Marzy jej się tracheostomia i domowy wentylator. „Wtedy Elwira mogłaby sobie oddychać normalnie! Albo przynajmniej permanentne miejsce na OIOMie”. Tam pielęgniarki poświęcają Renacie i Elwirze odpowiednio dużo czasu w systemie 1:1. Dwukrotny obchód lekarski i nielimitowana ilość silnych leków przeciwbólowych.

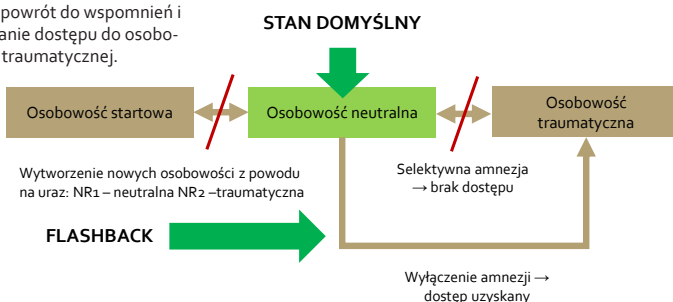
Renata jest zła, że lekarze jej na to nie pozwalają. Elwira ma swój pokój na oddziale pulmonologicznym. Wygląda on jak mała świątynia. Wszędzie pełno zdjęć Elwiry i Renaty, segregatory przepełnione instrukcjami i wieloma diagnozami, kilkanaście ważnych terminarzy i godzinnych rozkładów pracy.

Renata nie pamięta już życia przed Elwirą. Była jakiś czas bibliotekarką, ale porzuciła pracę, aby stać się rodzicem na pełen etat. „Tak wygląda miłość. Jeśli moja Elwunia umrze, to chyba sama się zabije...” wspomina z płaczem Renata.

Pamiętajmy, że ludzie tacy nie zawsze mają wgląd w swoje działanie i nie zawsze widzą dalszą przyszłość. Są zaabsorbowani miłością do dziecka i chęcią pomocy. Ciekawe jak my zachowalibyśmy się po kilkudziesięciu latach zajmowania się ukochaną osobą?

#### RYCINA 6

Teoria osobowości dysocjacyjnej jako reakcji na stres w poważnym przebiegu PTSD. Po traumatycznym wydarzeniu, np. wykorzystywaniu seksualnym w dzieciństwie, chora wypiera z siebie złe wspomnienia. W ten sposób tworzy się selektywna amnezja, tj. blokada drastycznej pamięci. Osobowość neutralna nie ma wglądu do tej poprzedniej. Po napotkaniu czynnika spustowego może wytworzyć się znany z PTSD flashback, tj. nagły powrót do wspomnień i uzyskanie dostępu do osobowości traumatycznej.



#### Zaburzenia dysocjacyjne

Syndrom ten związany jest z patologiczną integracją pamięci, bodźców zmysłowych oraz poczucia własnej tożsamości (personalizacji). Znanym przykładem tej choroby jest *Sybill*, amerykańska nauczycielka Shirley Mason, która rzekomo posiadała aż 16 osobowości. Każda z nich miała osobny zestaw pamięci, upodobań, zmysłów i cech charakteru. Późniejsza ewaluacja rzuciła jednak dużo cienia wątpliwości na poprawność tej diagnozy. Zwolennicy teorii iatrogenicznej aetiologii DID wskazują na bliską relację Sybill z jej terapeutką (Rieber et al., 1999). Wedle tego paradygmatu, syndrom ma być indukowany przez lekarzy, którzy w trakcie terapii starają się wyizolować różne strony osoby chorej. Często wskazuje się na wkładanie do głowy fałszywych pamięci czy wytwarzanie traumatycznych zdarzeń w mniej etycznie uzasadnionych scenariuszach.

Druga teoria przedstawia DID jako zaawansowaną wersję PTSD (patrz rozdział o zaburzeniach lękowych) (Nijenhuis et al., 2002; Stickley & Nickeas 2006). Według niej, chorzy starają się wytworzyć nową osobowość, która jest wolna od traumatycznych przeżyć. Flashbacki są zatem powrotem do tamtej „prawdziwej, wcześniejszej” osobowości. Nowa, „neutralna” osobowość nie ma wglądu w pamięć tej drugiej, ale jest w stanie przenieść się w nią przez czynnik spustowy traumatycznej pamięci.

„Pamiętam jak jechałem przez autostradę. Wszystko było dobrze, dopóki nie napotkałem tego feralnego drogowaskazu na Cirencester. Cały świat zawalił mi się przed oczami, a ja znów byłem tym chłopcem, którego strażacy wyciągali z roztraskanego pojazdu. Tak beztróskim, wolnym i zrozpaczoneym po stracie rodziców. Zatrzymałem się na parkingu i kupiłem sobie pół tuzina cukierków. Nie myślałem o konsekwencjach, bo znowu byłem tym małym chłopcem z północnego Somerset”.

Ostatnia teoria mówi o DID jako formie symulacji. Wskazują na to niektóre badania obrazowania i neurofizjologii (Reinders, 2008; Huntjens, 2005). Główną oś syndromu stanowi czynnościowa amnezja, która nie pozwala jednej osobowości dostać się do pamięci drugiej (Rogers, 1997). U pacjentów ze stwierdzonym DID rzeczywiście zapalają się różne sieci na skanach czynnościowych. Niestety, różnice te występują również u zdrowych aktorów, którym poleca się oszukiwanie i symulację choroby.

#### F45 Zaburzenia somatomorficzne (konwersyjne)

To kolekcja różnych typów chorób, w których pacjenci zgłaszają objawy wyolbrzymione lub nadmiernie intepretowane. Nie występują tu ele-



menty wyłudzenia czy chęci zwrócenia na siebie uwagi. Zalicza się do tego hipochondria, tj. nadmierne przywiązywanie uwagi do własnych objawów, czy wręcz skrupulatne zapisywanie i kolekcjonowanie symptomów. Wszystkie choroby z tej grupy cechują się dużą sztywnością myślenia i katastroficznym wręcz hiperbolizowaniem. Bardzo często wynikają one z innych problemów w życiu osoby chorej. Na przykład uporczywy ból pleców może być manifestacją stresu w związku, niepowodzeń czy problemów rodzinnych. Bóle brzucha czy nowe arytmie serca mogą być wołaniem o pomoc i podświadomą próbą zwrócenia na siebie uwagi medycznej lub znajomych jako drogi do poprawienia nastroju lub rozwiązania trudności.

– *Siedziałem ostatnio po obiedzie i nagle serce zaczęło mi dudnić. Łubu-dubu Łu-bu, du-bu! I tak non stop. I tak mi żyłka tu dudniło aż pod szyją. Ale się wystraszyłem.*

– *Robiłeś jakieś badania w tym kierunku?*

– *Tak! Wszystko wykluczyli. Przejrzeli moje serce wzdłuż i wszerz i nic nie znaleźli. Mówią że to stres.*

– *Może mają rację? Albo niedobory elektrolitów? Za dużo kofeiny?*

– *Nie! No ja ci mówię, że to na pewno serce. Normalnie łu-bu-du, łu-bu-du. Tak mi waliło, że aż wyskoczyć chciało z klatki piersiowej, po prostu koszmar!*

– *Robiłeś badania innych czynników ryzyka? Palenie? Cholesterol? Wysokie ciśnienie?*

– *Ale ja ci mówię Maciek?! Ile razy mam powtarzać! To jest serce! Czemu wy lekarze nie zaczniecie mnie słuchać. To tak mi dudni, że aż no nie mogę wytrzymać! To z sercem coś nie tak. Zrobię sobie prywatnie echo znowu i EKG.*

– *Już miałeś kilka w tym roku, nic pewnie nowego nie pokażą.*

– *Ale no ja ci mówię, że jakby mi z klatki piersiowej chciało wyskoczyć tak dudniło! I sobie prywatnie pójdę, no w końcu jak pochodzę to coś tam im wyjdzie na skanie!*

– *Myślałeś żeby udać się z tym do lekarza psychiatry?*

– *PSYCHIATRY? Zwariowałeś? Przecież ja mam problem z sercem, a nie z głową! Co ty, nie wierzysz mi? Mam ci pokazać miernik? Zobacz, tutaj wypisałem sobie wszystkie tętna, zobacz jak mi do 150 podskoczyło we wtorek!*

### Zaburzenia czynnościowe

Ta ostatnia grupa chorób stawia największe wy-

zwanie współczesnej medycynie. Wśród nich znajduje się olbrzymia ilość syndromów, które są „prawdziwe”, ale wynikają z niezrozumiałych czynników patofizjologicznych. Wiele z nich ma objawy podobne do ich „organicznych” ekwiwalentów, jednak symptomy wytwarza sam mózg lub inny nieznaną współczesnej medycynie proces. Znane przykłady to: fibromialgia, zespół przewlekłego zmęczenia, zespół jelita drażliwego, niewrzodowe bóle żołądka, niesercowa angina pectoris, palpacje, bóle głowy, niespecyficzne bóle miednicy, bóle pleców, nieneurologiczna epilepsja czy czynnościowe zaburzenie pamięci.

Wiele z nich ma już coraz lepiej poznaną etiologię, wiele coraz lepiej opracowywane metody leczenia. Mam nadzieję, że lista tych rozpoznań będzie sukcesywnie przechodzić z psychiatrii do różnorodnych specjalizacji medycznych i chirurgicznych.

### SKĄD SIĘ TO BIERZE?

Wytworzyło się wiele teorii patofizjologii zaburzeń niewytłumaczalnych medycznie. Wielu wskazuje na czynniki genetyczne, zawodowe, traumatyczne czy płciowe (Stringer et al., 2009). Większość chorych to kobiety; historie traumy z dzieciństwa, wiedza lub zainteresowanie medycyną oraz podobne problemy w rodzinie zwiększają ryzyko zachorowania na ten typ chorób (Golding et al., 1999; Kroenke & Spitzer, 1998).

Wzkasuje się również na podłoże czysto somatyzacyjne, tj. podświadomą potrzebę wydobywania z siebie frustracji, bólu czy psychologicznego stresu, który kumuluje się w człowieku. Niektórzy na niepowodzenia reagują gniewem. Inni mogą wytwarzać sobie objawy lub reagować bólem brzucha, który postrzegają jako chorobę gastrologiczną.

Dużo nieporozumień tworzy fałszywa dychotomia psychicznych i fizycznych objawów. Wiele chorób mózgu powoduje olbrzymią plejadę deregulacji organizmu, co widać np. w zaburzeniach lękowych. Chorym odmawia się uznania ich objawów sercowych czy skórnych jako „prawdziwych” bo zostały spowodowane przez chorobę mózgu.

Istnieje również teoria kognitywna, która mówi o znanym z terapii CBT modelu myśli, zachowań i emocji. Osoby z hipochondrią mogą po prostu nadinterpretowywać niektóre objawy, bo przejmują się czymś co w ich *core belief* jest bardzo złe (więcej o tym w rozdziale o zaburzeniach lękowych). Wytwarza to bardzo selektywną uwagę nakierowaną na niektóre tylko funkcje fizjologii ciała. Np. mój ojciec umarł na zawał serca w moim wieku > mi też to grozi > tętno przyspieszyło > na pewno coś się złego dzieje > muszę iść do lekarza, aby powiedział mi, że wszystko w porządku. Paradoksalnie takie zachowanie może później

### MYK NAUKOWY ILE TO NAS KOSZTUJE?



Wielu lekarzy twierdzi, że spędzanie czasu na leczenie zaburzeń niewyjaśnionych medycznie jest stratą czasu i pieniędzy. W rzeczywistości jakiegokolwiek zyski terapeutyczne mogą przerodzić się w olbrzymie oszczędności. Jeden tylko przypadek zaburzenia pozorowanego kosztował system ochrony zdrowia ponad 1.9 mln złotych przez 12 lat (Feldman, 1994), inne szacunki mówią o koszcie rzędu 7 tys. złotych dziennie przy każdym przyjęciu do szpitala (Hortel, et al., 2012).



#### NOTA BENE

Idealnym scenariuszem byłoby konsultowanie tak skomplikowanego pacjenta przez jednego lekarza prowadzącego.

przerodzić się w kompulsywne szukanie pomocy lekarskiej i „upewnienia się” za każdym razem: „dobrze, że monitoruję ten puls, bo inaczej skąd miałby lekarz wiedzieć, co mi powiedzieć!” podobnie dzieje się w przypadku braku odpowiedzi na pytania, osoba chora tak mocno zagłębia się razem z lekarzem w wir diagnostyczny: „jeszcze ten test, i ten, jeszcze dwa skany i osiem specjalistycznych badań krwi, na pewno do tego dojdziemy” prowadzi do szukania kolejnych lekarzy, którzy pomogą dojść do odpowiedzi i w efekcie do skupienia na znalezieniu magicznego rozwiązania a nie do likwidacji objawów.

To, że zaburzenia są „wymyślone” nie znaczy, że nie dają w kość naprawdę! Objawy chorób są przerażające, obezwładniające i bardzo ciężkie do wyleczenia. Ból, napady, wymioty czy skurcze są dla osoby chorej tak samo prawdziwe jak i dla każdego innego, mimo że nie mają „obiektywnego” i „organicznego” wytłumaczenia.

Co więcej, ludzie różnie odpowiadają na ból czy choroby. Niektórzy mogą mieć całkiem zdrowe prześwietlenie kolana, ale narzekać na przeszywające bóle i niepełnosprawność: „nie mogę już tego wytrzymać!”. Inni (jak autor tego podręcznika) może z zerwanymi więzadłami krzyżowymi z powodzeniem pracować na sali operacyjnej: „jakoś się to rozchodzi”. Nie powinniśmy mieć ustalonych twardo preferencji. Jeśli kogoś rzeczywiście tak bardzo boli kolano, to jest JEGO kolano i JEGO ból. Obserwujemy objawy w kontekście człowieka, które je zgłasza.

Zaburzenia niewyjaśnione medycznie są wyjątkowo częste. Około 22.9% populacji w POZ posiada zaburzenia somatomorficzne (Steinbrecher et al., 2011); w szpitalach najczęściej choroby te spotyka się na oddziałach neurologicznych i internistycznych (Poloni et al., 2019). Ich koszt dla jednego szpitala uniwersyteckiego w północnych Włoszech to prawie pół miliona euro. Wydatki samych pacjentów też są wysokie. W Królestwie Niderlandów koszy dla osoby chorej sięgają €6815 rocznie (Zonneveld et al., 2013). Nie ma wielu badań, które szacowałyby ekonomiczne zyski programów interwencyjnych.

#### LECZENIE

1. Najpierw należy pokonać najtrudniejsze zadanie: wyklucz jakiegokolwiek rozpoznania rzadszych chorób lub chorób systemowych, w tym zapaleń, infekcji, ukrytych nowotworów. Skonsultuj się z zespołem multidyscyplinarnym i z lekarzem chorób rzadkich lub zakaźnych, aby wykorzystać wszystkie możliwości dojścia do genezy choroby.

2. Następnie wyklucz elementy oszustwa lub samodzielnego powodowania choroby. Wskazówki jak to zrobić znajdują się w tym rozdziale.

3. Skup się na zaangażowaniu wszystkich lekarzy, członków rodziny, znajomych. Jeśli chociaż jedna osoba będzie oferowała chorej fałszywą nadzieję na znalezienie „złotej tabletki” lub będzie wątpiła w priorytety leczenia, chora bardzo łatwo przyłgnie do niej i zignoruje wszelkie starania.

4. Bardzo pomocnym jest zastosowanie wczesnego leczenia objawowego. Dla przykładu:

– *Jeszcze nie wiem dlaczego bolą cię plecy... Chciałbym wysłać kilka badań laboratoryjnych, aby wykluczyć niektóre rzadsze lub groźniejsze przyczyny [badania wykluczają, a nie szukają złotego Grala]. Myślę, że testy będą jednak negatywne [zarządzanie oczekiwaniem] Jeśli cokolwiek znajdziemy, to oczywiście będziemy to leczyć. Tymczasem skupmy się na tym, co jest dla ciebie najważniejsze, to jest bólem pleców i powrotem do pracy.*

– *Tak! Chciałabym się w końcu tego pozbyć! Jest mi z tym okropnie! Mam tylko trzydzieści jeden lat a nie mogę nawet podnieść wiaderka!*

– *To musi być dla ciebie bardzo stresujące. Chciałbym ci pomóc! Większość pacjentów znakomicie odpowiada na fizjoterapię [sprzedają terapię]. Czasami gdy czujemy się źle z przewlekłym bólem warto jest też odwiedzić terapeutę. Wiele osób z problemami neurochirurgicznymi tam chodzi [traktuje cię normalnie, inni też tacy są]. Myślisz, że możesz tego spróbować?*

– *Powiedzmy... ale dalej nie wiadomo przez co się to dzieje.*

– *Wiadomo. Twój system nerwowy odczuwa ból. To powoduje skurcze mięśni i ograniczenia w ruchu [szczerą odpowiedź, bez negatywnych przykładów].*

– *Eh. No dobrze, spróbuję. A leki przeciwbólowe. Nic na mnie nie działa!*

– *Widzisz, silne leki przeciwbólowe niezbyt dobrze działają na przewlekły ból. Ale mogą ci dać receptę na lek, który pomoże ci z fizjoterapią [umowa: ty chodzisz na ćwiczenia, dostaniesz leki].*

– *W porządku.*

– *Daj mi znać jak poszło. Zobaczymy się za miesiąc? [nie zostawiam cię, nie degraduję, dalej możesz przyjść do mnie].”*

#### Rozważmy podobną rozmowę:

– *No z tego co tu Pani wyszło to nic Pani nie jest.*

– *Ale jak to mi nie jest jak mnie boli.*

#### MYK KLINICZNY A PANI! CO ON TAM WIE...



Krytyka kolegów i koleżanek po fachu może być niezwykle kusząca. Pamiętajmy jednak, że kwestionuje to zaufanie do lekarzy w ogóle. Jeśli pacjentka przestanie wierzyć osądom medyków, może bardzo łatwo przestać wierzyć w twoje zalecenia.

- No co ja Pani poradzę? Co Pani jeszcze drugi rezonans chce?
- Przecież to nie ja jestem lekarzem. Pomoże mi ten rezonans?
- Ja już Pani nic nie pomogę. Pani kręgosłup jest zdrowy i co poradzę na to.
- Ale kiedy mnie dalej boli!
- To proszę się z tym do psychiatriy zgłosić. Albo coś na uspokojenie brać.
- To pewnie dlatego, że przyszedłam na NFZ. A idź Pan. Pójdę do drugiego gdzie indziej, może on coś znajdzie [zaczyna proces diagnostyczny od nowa: rezonanse, badania, testy].

5. W sytuacji, w której diagnostyka nie zakończyła się konkretną uleczalną chorobą, pacjenci czują olbrzymią frustrację. Po miesiącach wyrzeczeń i fałszywej nadziei, lekarz rozkłada przed nimi ręce. Co zrobić gdy to się pojawi, a chora przychodzi właśnie do Ciebie? Jest nieco ciężiej, ale warto zacząć od ostrej zmiany priorytetów leczenia. **Od teraz skupimy się na objawach: ich postrzeganiu, związku z psychiką oraz spraw, aby pacjentka pozwała się zrozumiana i wysłuchana. Nie degradujemy jej, bo przecież „sobie wymyśla”.**

- Na szczęście mogę powiedzieć, że badanie fizykalne jest całkowicie normalne. Niemniej jednak dalej widzę, że skręca cię w żołądku.
- No dokładnie! Okropnie to mi przeszkadza!
- Co możemy zrobić, żeby ci w tym pomóc?

#### Rozważmy podobną rozmowę:

- Zrobiłam wszystkie testy i są jak najbardziej normalne. Jednak dalej mówisz, że boli cię żołądek. Wydaje mi się, że to bardziej siedzi ci w głowie. Non stop stres w pracy, masz tyle na głowie, olbrzymia ilość problemów rodzinnych... może po prostu udasz się do psychiatry, bo potrzebujesz go bardziej niż gastrologa.
- Ale mnie żołądek boli, a nie głowa. Świetnie sobie radzę ze stresem.
- Yhm. No to na terapię pójdziesz, tu masz antydepresanty.
- Ale ja nie mam depresji! Mnie żołądek boli!

6. Ogranicz dalszą diagnostykę. Kolejne testy tylko opóźnią dokładne leczenie.

7. Ogranicz dalsze skierowania, przejrzyj przyjmowane leki i wyklucz te, które nie są już użyteczne, a dalej szkodzą efektami ubocznymi. Wyjmij niepotrzebne drogi wejściowe do organizmu:

rukki, wenflony, długotrwałe cewniki czy kaniule. Celem powinna być demedycalizacja i skupienie się na jakości życia.

8. Zachęcaj do wyjścia z roli pacjenta. Postaraj się, aby chory zaczął z powrotem chodzić do pracy, spotykać się z przyjaciółmi i odzyskać życie znane przed okresem gdy choroby zajmowały większość jego czasu i wysiłku.

9. Antydepresanty i terapia kognitywno behawioralna mogą pomóc nawet w przypadku braku rozpoznania choroby afektywnej lub zaburzeń lękowych. Działają dobrze na niektóre migreny, zaburzenia pracy jelit czy bóle głowy.

10. Postaraj się wytrzymać groźby pacjentki i obawy o przyście prokuratora. **W obecnych czasach jest to coraz trudniejsze, a wielu lekarzy po prostu woli zlecić dodatkowe badanie czy wykonać procedurę niż spędzić z chorym odpowiednią ilość czasu na tłumaczenie i metodologiczną pracę u podstaw.** Niestety, przenosi to odpowiedzialność na kolejnego lekarza...

Krótsza długość objawów oraz mniejsza intensywność ich występowania zazwyczaj są związane z lepszymi wynikami leczenia. Około ¼ pacjentów w środowisku będzie chorowało ponad rok. Większość niestety boryka się z problemami w stopniu przewlekłym. Wiele zaburzeń występuje w różnej formie i mogą mieć swoje polepszenia i pogorszenia z różnych powodów.

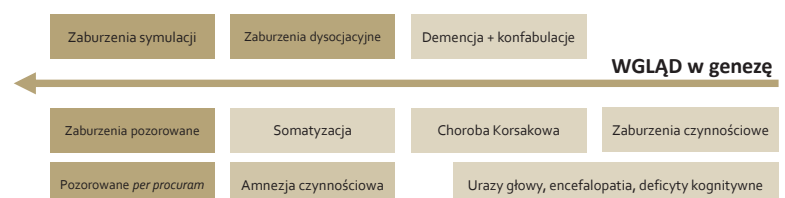
Warto jest pamiętać, że ostatecznie misją lekarza jest pomaganie chorym. Nie powinniśmy na siłę imputować im swoich wierzeń czy starać się udowodniać, że coś jest anatomicznie niemożliwe. Jeśli ktoś opowiada o swoim bólu pleców, który może leczyć naparem z rumianku i wyjściem na świeże powietrze, starajmy się ich do tego zachęcać, zamiast tłumaczyć, że przecież mają „czysty” skan, a rumianek wcale na nic nie działa.

*Sztuka medycyny polega na zabawianiu pacjenta, podczas gdy natura leczy chorobę.*

- Franciszek Maria Arouet (Wolter)

#### RYCINA 7

Subiektywne i orientacyjne przedstawienie różnych chorób, w których występują niewytłumaczalne medycznie objawy. Duży wgląd w genetykę oznacza, że pacjentka doskonale wie skąd pochodzą objawy (np. z powodu symulacji, trochę mniej w przypadku zaburzeń pozorowanych per procuram, w których „ofiara” nie zawsze zdaje sobie sprawę z działań opiekuna). Dla porównania, w przypadku demencji lub choroby Korsakowa, chora konfabuluje aby zamaskować swoją utratę pamięci, ale nie zawsze wie (lub pamięta) skąd pojawiają się objawy. W zaburzenia czynnościowych chora uważa, że jej objawy są zupełnie „prawdziwe” (i może ma rację!). Im ciemniejszy zaburzenia kolor, tym większe potencjalne korzyści dla osoby chorej.



#### NOTA BENE

Wielu ludzi ma dobre zamiary, gdy poleca chorym wizytę u psychiatry. Niestety nie jest to zawsze dobrze odbierane...



NO TIME FOR FAREWELLS,  
No chances for goodbyes  
No explanations  
No fucking reasons why [...]  
The day you lost him,  
I slowly lost you too  
For when he died.  
He took a part of you.

– Oliver S. Skyes, *Suicide Season*





← Kadr z utworu Anacondaz x Horus „Синий кит” rom. sinij kit; z ros. niebieski wieloryb to internetowa gra z 2016r., której uczestnicy musieli wypełniać szereg wyzwań przez 50 dni. Początkowe zadania były niewinne: „wstań o 4.30”, „stań na krawędzi dachu”. Późniejsze przeradzały się w poniżające czynności prowadzące do samookaleczenia i kulminacyjnego samobójstwa w ostatnim dniu gry. Mimo szeregu aresztowań, do dziś nie udało się ustalić, ile ofiar pochłonął fenomen społecznościowy na portalu VK. Niektóre źródła mówią o liczbie ponad 200 zgonów. Władze Federacji Rosyjskiej oskarżyły m.in. 21-letniego studenta psychologii, Filipa Budeikina, który rzekomo przyznał się do stworzenia gry. Sprawa budzi jednak wiele kontrowersji. Nie wiadomo, czy samobójstwa da się bezpośrednio powiązać z grą oraz na ile fenomen był centralnie sterowany. Być może wymknął się spod kontroli i był propagowany przez samych użytkowników? Wielu uważa to za przykrywkę prawdziwych powodów wysokiego odsetka samobójstw w byłym ZSRR.

## W POCZEKALNI

### Psychiatria Konsultacyjna

Maciej jest 24 letnim lekarzem, nieznanym wcześniej dla opieki psychiatrycznej i społecznej. Jest młodym, wysportowanym chłopakiem, który odbywa specjalizację z chirurgii ogólnej. Trzy tygodnie temu zauważył nowe objawy obniżonego nastroju, braku apetytu oraz braku chęci do wykonywania czynności. Jego dziewczyna, Martyna, martwi się o te zmiany. Twierdzi, że Maciek nie jest już taki sam i że, wobec nowych dolegliwości, jego kariera chirurgiczna stoi pod dużym znakiem zapytania. Pojawiają się wątpliwości co do potencjalnej szkody dla jego pacjentów. Maciej postanowił przyjść do Ciebie i skonsultować swoją sytuację z profesjonalistą. Twoim zadaniem jest ustalenie diagnozy i wdrożenie leczenia.

**D**eszcz uderzał w twarz wszystkich zebranych na uroczystości. Ubrani na czarno ludzie powoli przesuwali się w kondukcje żałobnym. W oddali słychać było smutne pieśni, w rytm których układały się kroki uczestników pogrzebu.

Znajomi kłębili się wokół trumny, a reszta starszych ludzi szła z tyłu konduktu. Dźwięki modlitw przerwało warczenie motoru, który zatrzymał się nieopodal jednego z cmentarnych drzew. Mężczyzna zsiadł z pojazdu i podbiegł do ostatnich uczestników procesji.

– Zdażyłeś – powiedziała przybita dziewczyna.

– Wyjechałem jak tylko dostałem wiadomość.

– Z jakiegoś powodu mi też nie było dane dowiedzieć się o tym wcześniej.

– Rodzina nas chyba nie lubi.

– Dobrze, że masz chociaż czarny strój – zartowała lekko z wdzięku motorowego, które miał na sobie – Mogłeś się chociaż ogolić.

– No tak, następnym razem powiedz mi tydzień wcześniej, że mój przyjaciel poderżnął sobie gardło. To może bym się lepiej przygotował.

– Ty zupełnie już poczucie humoru straciłeś, co? Zostajesz w mieście?

– Zastanowię się, chyba muszę wracać do domu zaraz po tym.

– Zmieniłeś się od tamtego czasu. No wiesz, ciągle chodzisz jakbyś nie mógł sobie znaleźć miejsca – popatrzyła mu w oczy – od kiedy Maks umarł nie masz do kogo gęby otworzyć...

– Mam – odparł cicho – nie przejmuj się.

– Śmierć ważnych dla ciebie osób w tak krótkim czasie musiała cię przygnębić. Masz do tego cały szpital na swoim karku. I rodzinę.

Chłopak nic nie odpowiedział.

– Nie lubię pogrzebów.

– Ja tym bardziej.

Znowu zapanowała martwa cisza.

– Wiesz co, Maciek, jeśli bym mogła, to zrobiłabym wszystko, żeby ci go przyprowadzić. Aby wrócił do domu. Zrobiłabym wszystko... wszystko, żeby ułatwić ci to, przez co przechodzisz. – Maciej zatrzymał się chwilę. Słowa dziewczyny odbijały się pusto od jego świadomości. Chciał otworzyć ostatnią wiadomość, którą otrzymał od zmarłego. Przesunął palcem po liście znajomych na messengerze i zatrzymał się przy jego wesołym awatarze. Niczym mroczna klątwa, a zarazem ostatnia relikwia po przyjacielu, jego oczom ukazała się pobieżna wymiana zdań:

„Jak się Pan czuje?”

“Dobrze.”

Chirurg wziął głęboki oddech, gdy łyzy napłynęły mu do oczu. Jego dziewczyna kontynuowała.



**DECYZJE KLINICZNE**  
Przeczytaj historię opowiedzianą przez pacjenta i zdecyduj: (TAK/NIE)

- 
- Skieruj do psychiatry.
  - Dowiedz się co zdarzyło się 3 tygodnie temu.
  - Rozpocznij leczenie antydepresantami (SSRI).



**NOTA BENE**  
W tym rozdziale pilotaż nad fabułą oddajemy autorowi trzecioosobowemu. Opowieść u wielu wywoła uczucie dyskomfortu, które może objawiać się smutkiem, poruszeniem emocjonalnym ale też i śmiechem lub zażenowaniem. Jeśli jest to dla Ciebie poważny problem, zrezygnuj z czytania wstępu i zakończenia.



#### DECYZJE KLINICZNE

**X** Skieruj do psychiatry. Na tym etapie diagnozy i leczenia nie masz wystarczającej wiedzy na temat pacjenta, jego objawów i proponowanego leczenia. Warto jest zatem zebrać więcej wywiadu i zaplanować terapię.

**V** Dowiedz się, co zdarzyło się 3 tygodnie temu.

Często nagłej zmianie zachowania towarzyszy jakieś wydarzenie. Jego krótkotrwałość może przemawiać wtedy za diagnozami takimi jak zespół pourazowy czy adaptacyjny. Wiedza o charakterze wydarzenia będzie również niezbędna w planowaniu leczenia.

**X** Rozpocznij leczenie antydepresantami (SSRI).

Leki te mają zastosowanie tylko w niektórych chorobach układu nerwowego. Ponadto u młodych mężczyzn mogą powodować pogorszenie się objawów. Stosowanie ich bez uprzedniej diagnozy byłoby zatem nieodpowiedzialne.



#### NOTA BENE

Warto zwrócić uwagę na charakterystyczny obraz nienawiści, agresji, frustracji i ciekawego, acz patologicznego procesu myślowego u przyjaciela. Przedstawiony transkrypt rozmowy jest autentycznym fragmentem z odkrytego później dziennika samobójcy.

– Bo jeśli byś go dostał z powrotem... – zawałała się, widząc jak chłopak dekompensuje się emocjonalnie. Jej głos się załamał. – Bo jeśli dostałbyś go z powrotem... to ja... to ja dostałabym z powrotem chłopaka, którego kiedyś znałam.

**PYTANIE:** *Opowiedz mi, co zdarzyło się trzy tygodnie wcześniej?*

– Dzięki wielkie za wszystko, Panie. – Maciasty uściskał dłoń przyjaciela i podał mu kubek z kawą. – Nie tęsknił Pan za tym miejscem? – Obaj usiedli przed czterema pokojami na OIOMie i popatrzyli z dumą na zaopatrzonych przez siebie pacjentów. Maks nie pracował już jakiś czas w tym szpitalu. Utraciwszy wszelką chęć i resztki radości z praktykowania medycyny, ten młody chirurg przyszedł jedynie pomóc koledze w nagłym wypadku dwóch ciężko rannych ofiar.

Pomimo skomplikowanych urazów, które normalnie niechybnie zakończyłyby się śmiercią, pacjenci dalej żyli, odpoczywając po poważnej i skomplikowanej operacji.

Z niegdyś wielkiej nadziei naukowej i zdolnego młodego lekarza został jedynie cień siły i chęci do życia. Prawie **nic już nie jadł**, a postępująca choroba wykańczała go do reszty: każde sięgnięcie po kromkę chleba wiązało się z niepohamowanym poczuciem winy, że dalej karmi się i podtrzymuje swoje nic nie warte życie. Pozwalał sobie na odrobinę kawy i resztki posiłków, które udało mu się przygotować w przerwach **ostrej psychozy**, goniłw myśli, krzyków w głowie i halucynacji przesładowujących go demonów. Marzyło mu się, aby w końcu położyć temu wszystkiemu kres i uwolnić się od okropnego przekleństwa, które opanowało go na drugim roku studiów, a które przeobrażało się w coraz to cięższe permutacje.

Teraz jednak był już spokojny. Rytm wentylacji i alarmów powoli ukajał jego neuroprzekazniki. **Zaplanował swoje samobójstwo i wybrał datę.** Dobrze opracował plan osiągnięcia najbardziej bolesnej, ale i skutecznej śmierci, która zarazem nie będzie budziła żadnych wątpliwości policji czy koronera. Studiując wcześniej patologię forenzykologiczną, wiedział co zrobić, aby ułatwić służbom pracę i zminimalizować szok dla rodziny i znajomych. **Spisane już testamenty** zostawiały bliskim mu osobom trochę funduszy, aby mogli realizować swoje cele.

Przypomniawszy sobie psychiatrów, którzy widzieli go kilka razy w trakcie **rozwoju choroby**. Mądrzy lekarze kręcili głową nad skanami głowy, po czym siadali do komputera i wypisywali długie tryptyki na temat oceny stanu jego gasnącego i pogrążającego się w otchłani szaleństwa umysłu. Każda ocena ryzyka świeciła się na czerwono, wskazując na najgroźniejsze, niemalże natychmiastowe zagrożenie dla życia.

Przy ostatniej wizycie, lekarz podszedł do niego i rozłożył ręce:

*“Ma Pan zaburzenia, których żadne leki Panu nie odejmą. To kwestia rozwoju Pańskich sieci neuronowych i z powodu tychże Odbierze sobie Pan swoje zasłużone życie”*

– To już nie jest moje. Nic mnie tutaj nie trzyma – odparł bez większego znaku zaangażowania w rozmowę z Maciejem – osiągnąłem wszystko. Moja toksyczność zaczyna za bardzo przeszkadzać mi i mojemu otoczeniu. Może miewam chwile szczęścia, drobne górki serotoninowa, ale te i tak kończą się lądowaniem na pysk. **Potrzebuje się od wszystkich zabarykadować i odizolować.** Tylko dzięki temu będę w stanie przestać ich krzywdzić.

– Ale Pan nie może tak uważać.

– Mogę. I uważam – wziął łyk kawy – nienawidzę siebie. Nienawidzę się za to, że muszę kontynuować moje nędzne życie przez przynajmniej kilka kolejnych godzin. Nienawidzę tego, że nie mogę sobie po prostu poderżnąć gardła teraz i skończyć ze sobą raz na zawsze. Tylko to za dużo bałaganu by narobiło.

– A dziewczyna? Co Pan jej ma zamiar zrobić?

– Nic. Ona i tak się mną nie przejmuje. Ciągłe powtarza, że mnie nie chce. Może raz powie, że mnie kocha, że jestem cudowny, że jej pomagam i jest ze mną szczęśliwa. Po to tylko, żeby to wszystko wycofać i mówić mi, że jestem wydmuszką człowieka napelnioną złem. I nawet teraz – rozejrzał się po sali – gdzie ona jest? Ma lepsze rzeczy do roboty niż znoszenie mnie. I tak mnie traktuje instrumentalnie. Jak jej nie jestem potrzebny, bo jest zadowolona i dostała to, czego chciała, to nie chce mnie widzieć. Nie wiem czy ona nawet zauważy, że mnie nie ma.

– Na pewno jej zależy... nie może Pan tak reagować. Rozmawiał Pan z psychiatrą?

– Rozmawiałem. Umówił mnie na wizytę za dwa lata. Jak dobrze pójdzie to za półtora.

– To nawet blisko...

– Czy ty kurwa nie rozumiesz, że to już trwa za długo? Jak myślisz, ile jeszcze ludzie będą mieli cierpliwość ze mną wytrzymywać?! Jestem psychopatologicznym pojebem, który nie zasługuje na szczęście. W ogóle. Dostałem od dziewczyny trochę miesiąca miodowego i to i tak było za dużo serotoniny jak dla mnie. **BARDZO ZA DUŻO** – podniósł głos i wziął oddech – nie zasługiwałem na to. Nie powinienem był tego dostać. Więc mam zamiar po prostu zawiązać swoje buty, wziąć się w garść i zrobić coś ze sobą. Powinienem był zrobić to, co już mi wcześniej mówili... uspić się jak psa. Jestem ciężkim do wytrzymania



toksycznym idiotą – wstał i pokazał mu głowę – ktoś powinien w końcu wcelować i wepchnąć mi nabój wprost przez mózgowie, żebym ze sobą mógł skończyć, a reszta mojego zdechłego ścierwa może być rozrzucona razem z krwią po pustyni, tak, żeby nikt więcej nie musiał patrzeć na moje głupie, brzydkie, niepotrzebne, bezwartościowe, jestestwo. – Maciej przez chwilę siedział przerażony, że w jego przyjacielu było tyle złości na siebie, tyle cierpienia i tyle zdewastowania przez lata ciężkich chorób psychiatrycznych.

– A Pan doktor może chociaż te buty zmienić – Pielęgniarka Krysia właśnie weszła na oddział anaestezjologii i intensywnej terapii. Maks nie odważył się jej odpyskawać.

– Oczywiście Krysiu – odpowiedział grzecznie i zwrócił się do przyjaciela – Przepraszam za te wszystkie gorzkie słowa. Już się uspokajam. – Wylał szybko łzy, które napłynęły mu do oczu. – Naprawdę nie powinienem był tego mówić. Będzie ze mną wszystko dobrze.

– Na pewno? Przed chwilą byłeś całkiem rozbity emocjonalnie...

– Na pewno. – uśmiechnął się i wytarł resztki łez. Wziął głęboki oddech. – Nie ma się czym przejmować. Wiem już co mam zrobić. Wszystko będzie dobrze. – Maciej popatrzył na niego bacznie i miarkował, czy przyjaciel rzeczywiście wyrzucił z siebie wszystkie emocje. Wyglądał na spokojnego. Pożegnali się przyjaźnie. Maks wyszedł ze szpitala i ruszył wprost do domu.

Ten mroczny spokój był tak naprawdę upiornym elementem porzucenia wszelkiej nadziei. Nie krzyczał już. Nie chciał pomocy. Nie chciał, aby ktokolwiek przeszkodził mu w ostatnim etapie jego planu.

Chłopak wrócił do domu i otworzył czarną teczkę leżącą na biurku. W rękę miał swój ostatni skan głowy z oceną psychiatryczną. Dziewczyna obiecała mu, że z nim go obejrzy. Nawet ona nie chciała, aby człowiek został sam, gdy odczyta swój neurologiczny wyrok śmierci. Chirurg odświeżył wszystkie komunikatory, próbował do niej zadzwonić, ale nikt nie odpowiadał. Ona najwyraźniej była zajęta czymś ważniejszym niż zdrowie swojego chłopaka, który i tak miał prędzej czy później umrzeć. Postanowiła zatem, że po co dotrzymywać wobec niego swojej obietnicy. Zrezygnowany postanowił poczekać jeszcze trochę. Usiadł na kanapie i zamarł przesywającym paraliżu ruchowym

Zbliżały się późne godziny nocne, gdy chirurg w końcu sięgnął po kopertę. Opis mówił o dalszej, raptownej i nieodwracalnej progresji choroby. Chłopak wziął głęboki oddech i z drżącymi rękami odłożył teczkę z powrotem na blat stołu.

Nieopodal stał przygotowany zestaw z narzędziami chirurgicznymi i kilkoma ostrymi skalpelami dużego rozmiaru; takimi jakich używa się do sekcji zwłok.

Z chirurgiczną czystością, rodem z sali operacyjnej, Maks rozłożył sobie folię i wilgociochłonne chusty w wannie. Pomyślał nawet o właścicielu mieszkania, aby ten nie musiał wydawać fortuny na doprowadzenie łazienki do stanu używalności.

Zdjął koszulkę. W lustrze ukazały się liczne znamiona; część z nich jako nieco starsze rany po przypalaniu się diatermią, część zgoła świeżych cięć ostrym narzędziem, które głęboko przechodziły przez mięśnie klatki piersiowej.

Wszystkie w miejscach, których nikt nie byłby w stanie zobaczyć oprócz kolegów z drużyny rugby, a i oni zawsze mogli przypisać zabrudzone szramy walką z przeciwnikiem na boisku.

Przez chwilę zastanowił się, czy powinien rozpocząć procedurę WHO do tego ostatecznego zabiegu chirurgicznego. Wszyscy śmiali się z niego, że przy takich dobrych wynikach leczenia, to on chyba będzie swoim pierwszym i ostatnim iatrogenicznym zgonem.

Założył jałowe rękawiczki i wziął skalpel do swojej lewej dłoni, po czym prawą wyczuł puls tętnicy szyjnej. Przyłożył nóż do skóry i przeprowadził pierwsze nacięcie; najpierw bardzo płytkie. Chciał przytrzymać się jak najdłużej przy przytomności, aby pokiereszować gardło i sąsiadujące struktury anatomiczne możliwie jak najdłużej i najbardziej agresywnie zadawać sobie ból.

*Co stanie się dalej? Czy możliwym jest przerwanie tego auto-destrukcyjnego procesu?*

*Jak udzielić pierwszej pomocy w takim stanie?*

**Historia będzie kontynuowana w kolejnych podrozdziałach...**



#### NOTA BENE

W tym miejscu dowiadujemy się więcej o drugiej osobie z życia pacjenta. Najprawdopodobniej to właśnie on i jego śmierć była powodem objawów Macieja. W tekście zaznaczono kilka ważnych słów z wywiadu.

**PYTANIE – dlaczego to właśnie te fragmenty?**



#### DECYZJE KLINICZNE

Z historii wynika, że de facto mamy do czynienia z dwoma pacjentami. Jednym, który cierpi po stracie przyjaciela (zespół pourazowy?, adaptacyjny?, zaburzenia afektywne?) i drugim, który w wyniku długotrwałej choroby stanie się samobójcą. **Obciążenie bliskich samobójcy jest często pomijanym aspektem przebiegu tej choroby.**

Zaznaczone fragmenty świadczą o:

- Sprecyzowanym zamiarze samobójczym,
- Poczynionych przygotowaniach do aktu,
- Przewlekłej chorobie podstawowej,
- Samookaleczeniu,
- Spokoju związanym z podjęciem decyzji,
- Agresji.

Wszystkie te stanowią o wysokim ryzyku samobójstwa.

Frida Kahlo, „Dziewczynka z Maską Śmierci” obraz ukazujący kontakt samotności i bólu wobec zgonu.

# KIEDY TWÓJ MÓZG MODLI SIĘ O ŚMIERĆ

## W GABINECIE

### Psychiatria Konsultacyjna

Maciej został zaproszony do pokoju badań. Siedzi na kanapie i wpatruje się w Ciebie, szukając odpowiedzi na problemy swojego przyjaciela. Teoria samobójstwa, jego aetiologia i patofizjologia pomogą w lepszym poznaniu odpowiednich metod leczenia w tym przypadku. Ludzie nierzadko popełniają samobójstwo wraz z utratą bliskiego... może uda ci się uratować jednego i drugiego?

#### MYK KLINICZNY PRZEPIS NA ŚMIERĆ

Aby dokonać samobójstwa, oprócz deficytów biologicznych, muszą zaistnieć dysfunkcje na liniach agresji i impulsywności (Monkul et al., 2007).



### DEFINICJA I DIAGNOZA

**S**amobójstwo można definiować w różny sposób. Dla większości potrzeb medycznych i forenzykologicznych, samobójstwo to werdykt w sprawie sposobu śmierci, który spełnia następujące warunki (Johnstone et al., 2010):

- Śmierć wystąpiła z przyczyn nienaturalnych,
- Wynikła z czynności dokonanych przez samą ofiarę,
- Ofiara miała zamiar zabicia się.

Jak widać, definicja ta może być kwestionowana. Na przykład warunek zamiaru (z łac. zły umysł, *mens rea*) może wystąpić tylko w obliczu poczucia ofiary, która w chorobach mózgu nie zawsze jest zachowana. Ponadto śmierć w wyniku patologii układu krwionośnego, np. zawału serca określa się jako „naturalną”. Dlaczego zatem traktować inaczej śmierć neurologiczną? Można by zatem ukuć inną definicję. Wedle niej samobójstwo to śmierć, która wystąpiła:

- Bez udziału osób trzecich,
- Z przyczyn wynikających z choroby układu nerwowego,
- Bezpośrednio z czynności dokonanych przez samą ofiarę.

Badania naukowe nad tym zagadnieniem są obarczone wieloma ograniczeniami. Często stosuje się w nich wyniki zastępcze, np. ideacje samobójcze, które niekoniecznie muszą prowadzić do śmierci. Stygmatyzacja społeczna samobójstwa często powoduje niechęć do ustanowienia takiej przyczyny śmierci (Dolman 1994). Nierzadko też występuje odwrotne zjawisko: przy kategoryzacji nieszczęśliwych wypadków czy niewyjaśnionych okoliczności wpisanie samobójstwa jako przyczyny pozwala uniknąć dalszych procedur forenzykologicznych (Johnstone et al., 2010).

### EPIDEMIOLOGIA

Samobójstwo pozostaje najczęstszą przyczyną zgonów wśród mężczyzn w wieku produkcyjnym. W tej klasyfikacji, Polska zajmuje „zaszczytne” 21 miejsce na świecie (WHO, 2016). To najgorszy wskaźnik w całej Europie, w którym biją nas tylko

kraje byłego ZSRR. I tak, średnio co godzinę jakiś mężczyzna w Polsce ginie z powodu całkowicie przeciwdziałalnej śmierci, zostawiając permanentny uraz na przynajmniej 4 innych osobach (dzieci, żona, najbliżsi przyjaciele). Na świecie ponad 2 razy więcej osób ginie w ten sposób niż z powodu malarii czy koronawirusa (SARS-CoV-2) (Naghavi, 2016). Na każde jedno samobójstwo przypada 20 prób samobójczych (WHO, 2016).

Metody samobójstw bywają różne i często zależą od uwarunkowań indywidualnych i kulturowych. Przykłady metod prób samobójczych to (od najgroźniejszych do mniej groźnych):

1. Powieszenie, zastrzelenie, spowodowany wypadek samochodowy, skok z wysokości, w tym „*ulubione miejsca*” takie jak Clifton Suspension Bridge w Bristolu czy Golden Gate w San Francisco. Ofiary mogą przeżyć wiele set mil, aby zakończyć swoje życie w takim miejscu.
2. Otrucie (CO, przedawkowanie, pestycydy),
3. Utonięcie, użycie prądu, pchnięcie nożem,
4. Przedawkowanie przepisanych leków (warto zwrócić uwagę na dawki: niewykrywalny paracetamol we krwi to małe ryzyko, wzięcie całego opakowania propranololu to duże zagrożenie),
5. Przypalenie, cięcie się, zadawanie sobie bólu,
6. Zaniedbanie, w tym karanie się ograniczeniami w radościach życia, niebranie leków,

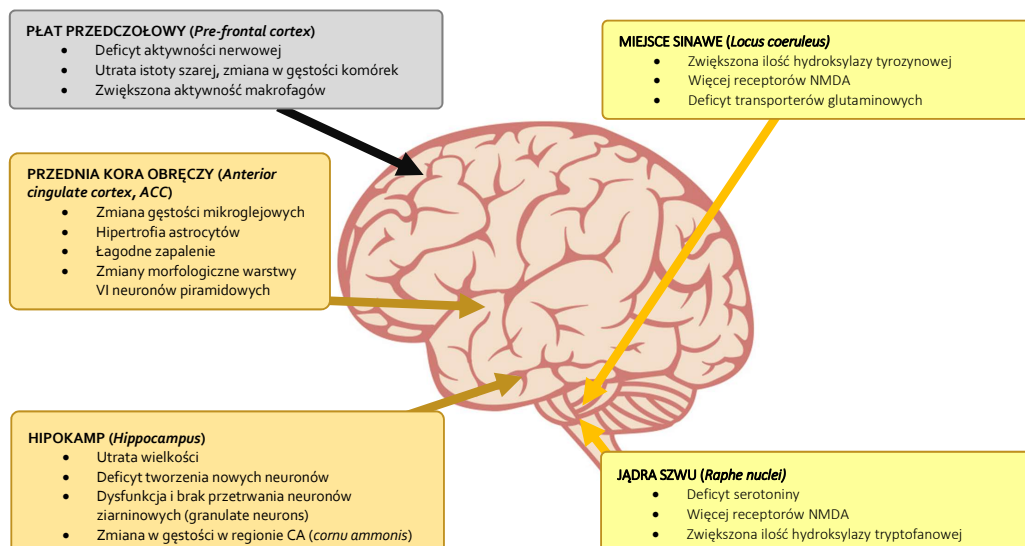
Czy można przeciwdziałać samobójstwom przez ograniczenie ofiarom dostępu do metod zabicia się? Czasami tak. Ilość samobójstw zmniejszyła się po poprawie bezpieczeństwa kuchenek gazowych w latach 60. XX wieku (Kreitman et al., 1976). Bardziej restrykcyjne stany w USA, które ograniczają dostęp do broni mają mniej samobójstw bez kompensacji w innych metodach (Luster & Murell 1982).

Niestety w Polsce najczęściej wybierany tryb zakończenia życia to powieszenie się (72.82%), następne w kolejności jest rzucenie się z wysokości (5.92%) (Policja, 2010). Niestety, nawet najbardziej zdolni specjaliści zdrowia publicznego nie będą w stanie zakazać sprzedaży sznurów czy budowy trzecich pięter.

#### MYK NAUKOWY MASOWE SAMOBÓJSTWA

Co ciekawe, dane forenzykologiczne na temat masowych samobójstw wskazują, że zazwyczaj jest to mieszanka samobójstwa i morderstwa w sektach religijnych (Haw et al., 2013).





RYCINA 1

Biologiczne zmiany w mózgu samobójcy. Synteza dowodów dostępna w Lutz et al., 2017. Strzałkami oznaczono orientacyjne miejsca struktur na schematycznym planie mózgowia.

## AETIOLOGIA

Znakomita większość (ponad 9 na 10) samobójstw jest rezultatem organicznym, wynikającym z postępującej choroby układu nerwowego: reakcji na leki, dyskonektomii, zmian w strukturze neuroprzekaźników, hormonów etc. (Barraclough et al., 1974).

Autoagresyjne zachowanie bez uprzedniej choroby, np. dysocjacja struktur społecznych, altruizm (żeby innym było lepiej), egoizm (utrata czegoś), pakt samobójstwa czy trauma u rodziny chorych na raka zdarzają się niezwykle rzadko (Allebeck & Bolund, 1991).

## KONEKTOMIA

Przekształcenia połączeń w mózgu to jedna z trzech części przepisu na mózg samobójcy (Ryc.1). **Płat przedczołowy** (miejsce odpowiedzialne za procesowanie czynności społecznych, empatii, zachowań, które są akceptowalne społecznie, podejmowania decyzji) ma znacznie zmniejszoną aktywność w mózgu samobójcy. Proces chorobowy zjada substancję szarą i zmienia gęstość komórek. W tym regionie pojawiają się również makrofagi, czyli komórki układu odpornościowego, które żywią się zwłokami umierającego organizmu. Deficyty neurologiczne widoczne są też w regionie **anterior cingulate cortex** (miejsce odpowiedzialnym za regulację uwagi, podejmowanie decyzji, kontrolowanie impulsów i emocje). Tu znów pojawia się zmniejszona gęstość komórek i zmiany morfologiczne w neuronach piramidowych, co znacznie upośledza działanie tego miejsca. To wyjaśnia dlaczego samobójcy zachowują się w sposób bardziej impulsywny i podejmują nieracjonalne dla innych decyzje.

Uszkodzony zostaje również **hipokamp**, region kluczowy w tworzeniu pamięci i produkcji nowych neuronów. Normalna fabryka, która uzu-

pełnia zepsute komórki (regiony CA) psuje się, a nowe neurony szybko giną. Stanowi to ostatni gwóźdź do trumny całego procesu dekompozycji mózgu, który, wycieńczony chorobą, modli się o śmierć.

Deficyty związane z samobójstwem są unikalne i strukturalnie różne od tych znanych z depresji (Ryc. 2). Zmiany w *superior medial frontal cortex* i *medial frontal/anterior cingulate* związane są z myśleniem o sobie i samooceną myślową, co wyjaśnia autodestrukcyjne zachowanie u samobójczych pacjentów.

Dalsze poszukiwania pokazują więcej zniszczeń (Ryc.2,3). **Angular gyrus** odpowiada za szukanie pomocy i jest uwikłany w działaniu konektomii sieci podstawowej (Humphreys et al., 2015). Patologie w tym miejscu powodują negatywne myśli o własnej przyszłości i utratę nadziei na to, że ta przyszłość może być lepsza.

Kolejnym miejscem jest **prawy płat mózdzku**. Nawet samobójcy bez dyskonektomii afektywnych mają zmniejszoną homogeniczność w tym regionie (Cao et al., 2014). Odpowiada on za przetwarzanie uczuć i regulację emocji. Przerwy w sieciach agresji i impulsywności są osobnymi czynnikami ryzyka (Soloff et al., 2016; Repple et al., 2017) i występują obok przerw w sieciach takich jak główna czy semantyczna. Zaburzenia agresji i impulsywności zwiększone są również wśród samobójców niezależnie od innych deficytów i chorób mózgu. (Perroud et al., 2013; Brezo et al., 2006).

Warto zaznaczyć, że częstość występowania tych cech jest dość duża w populacji i to, że ktoś jest bardziej impulsywny czy agresywny nie musi wcale oznaczać, że ma zachowania patologiczne, ani że popełni samobójstwo. Cechy te są jedynie składową patofizjologii zjawiska samobójstwa i samookaleczenia.

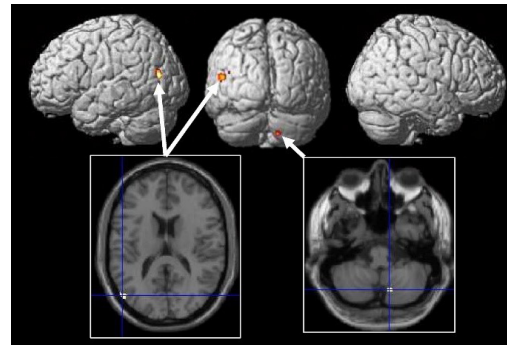
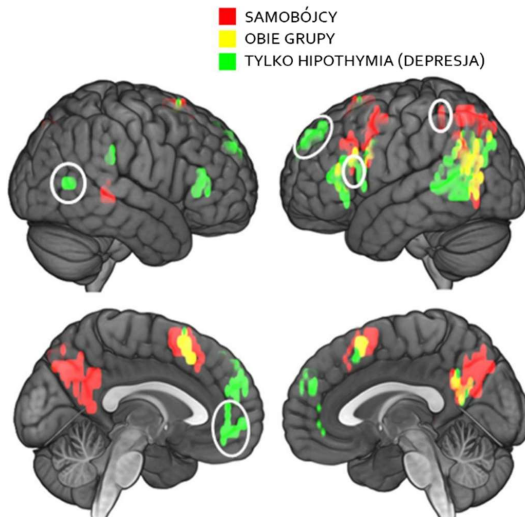
## MYK NAUKOWY AUTOSTRADY W MÓZGU

Ludzki mózg jest spowity wielorakimi połączeniami (konektomami). Te autostrady informacji często ulegają zniszczeniu w różnorodnych chorobach mózgu. Sieci takie jak podstawowa, semantyczna, główna, ruchowa mogą być uszkodzone mimo tego, że na skanie nie widać wielkich anatomicznych zmian. Wysiłki ludzkości w opracowaniu tych sieci dają nam olbrzymią wiedzę na temat działania mózgu i pomagają nam stwierdzić obiektywnie choroby, które kiedyś określano jako „psychiczne” czy „czynnościowe” (tj. jakoby nieudowodnialne), a nie neurologiczne.



## RYCINA 2 →

Porównanie dyskonektomii obszarów, które występują wśród osób z historią prób samobójczych (czerwony), tylko hipotymią (zielony) i które są tak samo zepsute w obu grupach (żółty) (Just et al., 2017) Reprodukowano z uprzejmą zgodą Springer Nature.



## RYCINA 3 ↑

Obszar w lewym zakręcie kątowym i prawym płacie mózdzku, w którym pacjenci z ciężką depresją, u których w przeszłości próbowano popełnić samobójstwo, wykazali istotnie zmniejszoną objętość tkanki szarej w porównaniu z pacjentami z tym samym schorzeniem bez prób samobójstwa (Yu Jin Lee et al., 2016).

## MYK NAUKOWY

### WSZYSTKO PRZEZ TE DŁUGI!

Status ekonomiczny czy bezrobocie ma HR jedynie 1.08 (0.65-1.8) [n=51 028]. Brak jest klarownego powiązania między sytuacją ekonomiczną a samobójstwami.

„Najbezpieczniejsze” zawody u mężczyzn:

- Inżynierowie,
- Menedżerowie i dyrektorzy w sprzedaży detalicznej i hurtowej,
- Księgowi,
- Mechanicy,
- Menedżerowie i dyrektorzy w budownictwie.

Zawody, które mają największy odsetek samobójstw:

- Górniczy,
- Pracownicy najniższego szczebla w fabrykach,
- Pracownicy najniższego szczebla w budownictwie,
- Rolnicy i rybacy,
- Pracownicy call centre.



## NOTA BENE

Im mniejsze NNT (Numbers Needed to Treat) tym skuteczniejsza interwencja.

## BIOCHEMIA

W mózgu samobójcy brakuje również „hormonu spokojnego szczęścia”, serotoniny. Enzymy wpadają w szaleńczy wir niszczenia i degradacji substancji, z których się ją buduje. Występują zaburzenia pobudzenia mózgu w receptorach NMDA i transporterach glutaminowych.

## LECZENIE

### PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

Istnieje wiele sposobów, których można użyć, aby przeciwdziałać samobójstwom. Na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, starania te niestety nie są obecnie bardzo skuteczne (Millner et al., 2017) - RR=1.07 (0.79-1.45) dla RCT; RR=1.26 (0.58-2.74) przy badaniach obserwacyjnych. Bardziej optymistyczne wyniki dają strukturyzowane programy leczenia.

### INTERWENCJE SZPITALNE

Zadziwiająco skuteczność w leczeniu samobójstw mają odpowiednio przeszkoleni pracownicy szpitalnych oddziałów ratunkowych. W niedawno opublikowanym badaniu RCT, pacjentów, którzy przyszedli na SOR z objawami samookałeczenia czy próby samobójczej skutecznie leczono według systemu CLASP-ED (Millner et al., 2016; Boudreaux et al., 2013). Polega on na krótkich rozmowach (10-20 minut) przeprowadzanych do 7 razy w ciągu roku, w tym do 4 razy z bliskimi ofiary. Dla ułatwienia są to rozmowy najczęściej telefoniczne. Po roku od interwencji, odnotowano redukcję zachowań samobójczych o 15% (Miller et al., 2016).

### TERAPIA PSYCHOLOGICZNA

Hanton i współpracownicy podjęli się meta-analizy różnych form terapii psychologicznych. CBT odniosła największy sukces spośród porównywanych. Sumarycznie, badania naukowe ujęte w analizie opisują redukcję o ponad 73% (NNT =5.7) (Hanton et al., 2016) po 12 mie-

siącach od zakończenia terapii, w porównaniu ze standardowym leczeniem. Pozostałe terapie, takie jak DBT (dialogowa), terapia grupowa, mentalizacyjna czy nawet zwyczajna koordynacja leczenia nie wykazały się znaczącymi wynikami. Nawet zauważono jakieś różnice, to zniknęły one w dłuższym okresie, do 12 miesięcy (Hanton et al., 2016).

Ogólnie badania te pokazują, że występują istotne różnice w tzw. „zwykłym gadaniu”. Przeprowadzone przez lekarzy rodzinnych czy psychiatrów bez wyraźnego programu nie przyniosły do skutecznych wyników. Nawet specjalistyczne, długotrwałe i kosztowne terapie prowadzone przez profesjonalistów nie oferują korzyści, które starczą na więcej niż 12 miesięcy.

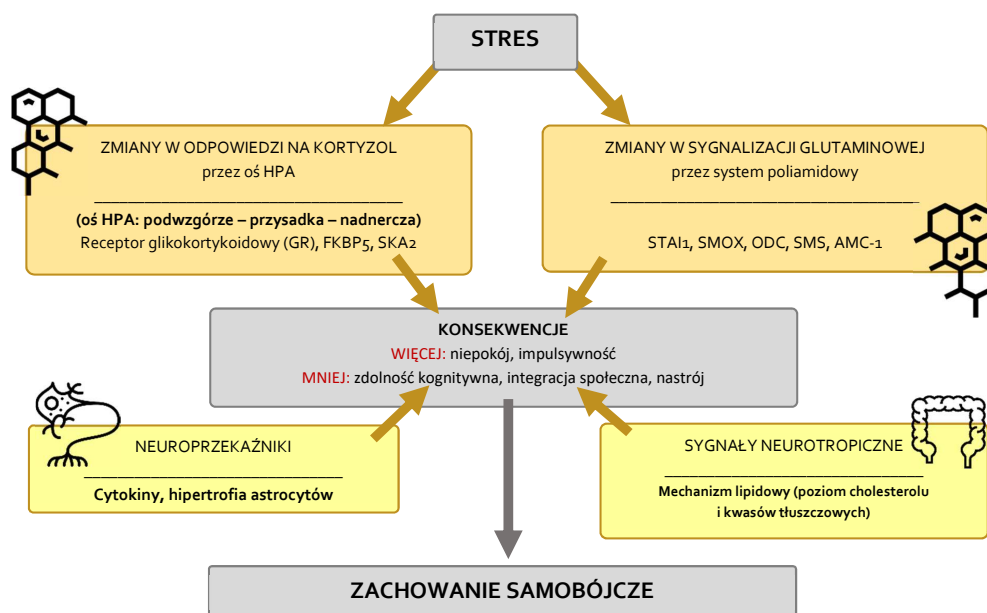
Odpowiednio wykorzystana rozmowa nie musi być zatem długa czy kosztowna. Wystarczy zaoferować 10-20 minut konkretnego i nacelowanego na efekt dialogu niecałym sześciu pacjentom, aby uzyskać dodatkowe potencjalnie uratowane życie. Dla porównania, operacja na sercu przy zawale (PCI) musi być przeprowadzona na 35 pacjentach, zanim uzyskamy podobny efekt.

Koszt takiej interwencji wynosi do ok. 18.5 tysiąca złotych (AOTMiT, 2016), podczas gdy sumaryczna godzina rozmowy warta jest około 100. W systemie ochrony zdrowia wydajemy zatem ponad 700 tysięcy złotych na dodatkowo uratowane życie w chorobach serca. W chorobach mózgu możemy uratować je za mniej niż 100 złotych, czyli za niecały jeden banknot z Władysławem Jagiełłą. Rozmowy ratują życie. Ale muszą być przeprowadzone w odpowiedni i strukturyzowany sposób, aby osiągnąć maksymalny efekt.

## PROGNOZA

Duże studium przeprowadzone przez (Chan et al., 2016) wykazało różne czynniki prognostykujące u chorych:

- Sprecyzowany plan popełnienia samobójstwa



## ← RYCINA 4

Konsekwencje behawioralne różnych zmian biochemicznych w systemach hormonalnych, białkowych i lipidowych organizmu człowieka w trakcie perpetuowanych zachowań samobójczych (Lutz et al., 2017).

HR 2.70 (1.91-3.81) [n= 9932], w tym ukrywanie zamiaru popełnienia go. **UWAGA** - ta grupa miała największe prawdopodobieństwo śmierci zaraz po tym epizodzie samookaleczenia,

- Płeć męska HR 2.05 (1.70-2.46) [n= 43 200],
- Inne problemy zdrowia (przewlekłe choroby, inna współzachorowalność) HR 1.99 (1.16-3.43) [n=12 143]. W szczególności:
  - problemy z widzeniem 3.34 [1.24-9.04],
  - problemy ze słuchem 2.74 [1.12-6.64],
  - nietrzymanie moczu 5.86 [2.62-13.11] (Yip et al., 2003).
- Historia poprzedniego samookaleczenia HR 1.68 [1.38-2.05] N=32 467,
- Niebezpieczne spożywanie alkoholu HR 1.63 [1.00-2.65] N= 9187,
- Wiek jest bliżej nieskorelowanym, ale ważnym czynnikiem, zwłaszcza wobec braku związku małżeńskiego lub po stracie partnera. Widoczne w szczególności w społecznościach wyizolowanych na wsi (Georgson et al., 2017).

Co ciekawe, chorzy, którzy wymieniali w wywiadzie leczenie psychiatryczne mieli nieco większą szansę na odebranie sobie życia (skorygowany HR = 1.27). W grupie tej występowała duża heterogeniczność ( $I^2=55\%$ ), najpewniej z powodu różnorodnej definicji „świadceń psychiatrycznych” (Chan et al., 2016).

Badania pokazują, że nie ma jasnego związku między wykonywanym zawodem a ryzykiem samobójstwa (Millner et al., 2013). To prawda, że najmniej wykwalifikowany personel ma największe szanse na odebranie sobie życia, a ten na najwyższym pułapie finansowym jest dość odporny na ten rodzaj śmierci. Niemniej jednak, między

jednym a drugim punktem na spektrum występuje duża różnorodność.

Inni wskazują również czynniki ryzyka takie jak niskie IQ, trudne warunki socjoekonomiczne (moje ulubione, ach! Gdzież by była psychiatria, gdyby nie te kochane „trudne warunki socjoekonomiczne”?) czy historia znęcania się w szkole (Batty et al., 2018). Można oczywiście wysnuć wniosek, że czynniki te są skorelowane. Problemy w szkole prowadzą do gorszych wyników w nauce, które są elementem uniemożliwiającym zdobycie dobrego zatrudnienia, co z kolei propaguje wykluczenie ekonomiczne, brak alternatyw zatrudnienia i nakręca spiralę zadłużenia.

Warto zauważyć, że czynniki te nie prezentują tak solidnych danych i tak dużego zasięgu jak te wymienione na początku podrozdziału. Istotnie, w przeciwieństwie do popularnej opinii, problemy i uwarunkowania rodzinne, tzw. “trudne dzieciństwo” czy inne popularne czasami w kuchennej psychologii czynniki ryzyka nie znajdują swojego poparcia w danych statystycznych.

Kwestionariusze mierzenia skłonności samobójczych są użytecznym elementem klinicznym, jednak ich skuteczność bywa różna. Suicide Ideation Score (SIS) ma ogólną czułość 73% (tylko wykryje ludzi, którzy mają szukany syndrom) 95% CI (0.58-0.84) i 64% swoistości (tak jest dobry w wykluczaniu ludzi, którzy nie mają syndromu) 95% CI (0.5-0.76). Beck Hopelessness Score BHS ( $\geq 8$  czułość 90%, swoistość 42%).

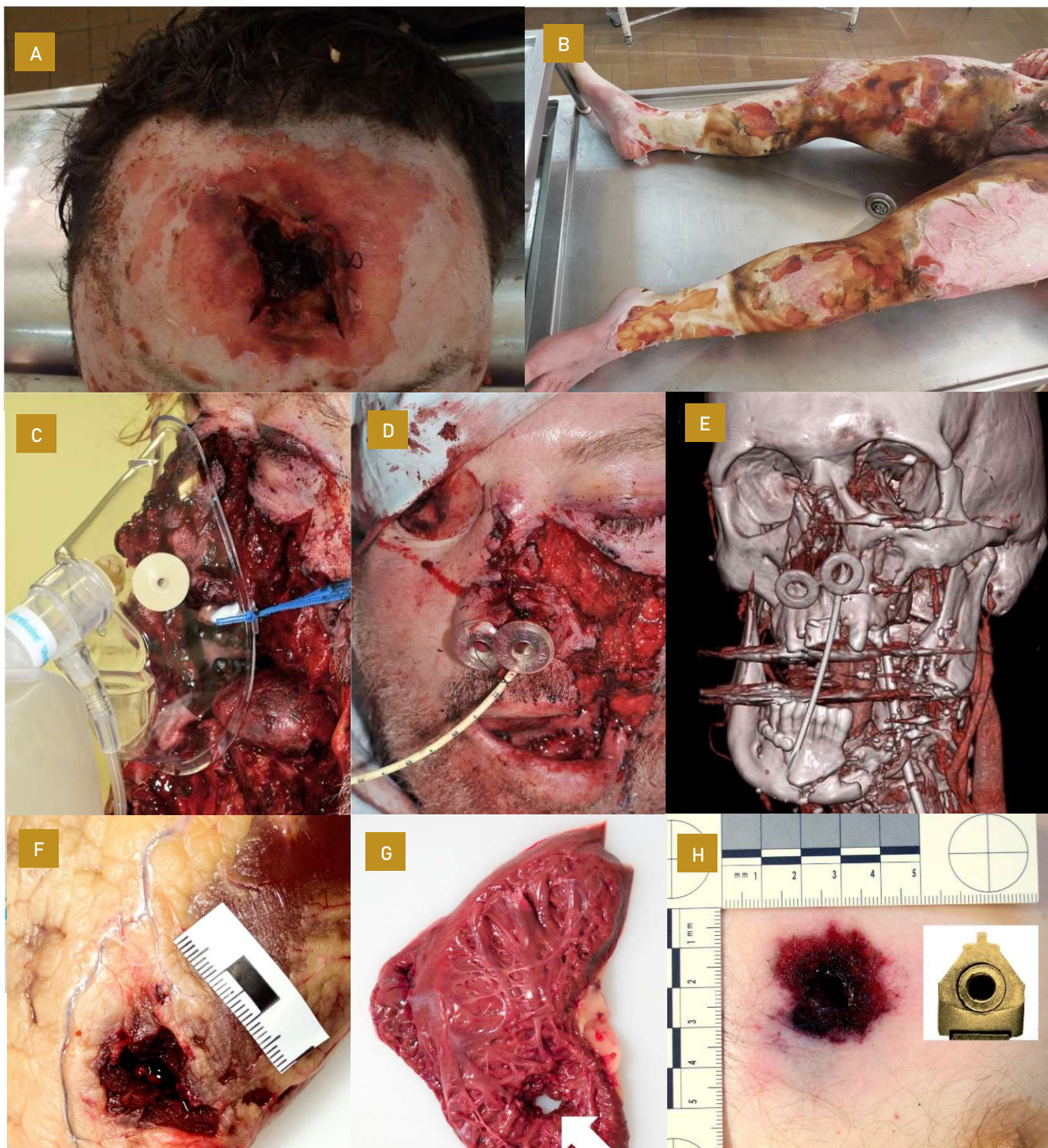
#### MYK NAUKOWY ROZMAWIAJ SPRYTNIE, A NIE DŁUGO

W systemie CLASP-ED rozmowa skupia się na oznaczeniu czynników ryzyka (patrz początek podrozdziału), przypomnieniu indywidualnych celów chorego oraz zapewnieniu odpowiedniego planowania kryzysowego, często wliczając w to koordynację pozostałych terapii.

Taka rozmowa nie przekraczała 10-20 minut.

Co ważne, jeśli partycypant nie odebrał połączenia, profesjonalista służby zdrowia oddzwaniał do niego lub nagrywał się na pocztę głosową, w ostateczności wysyłając spersonalizowany list z obawami i uprzejmą prośbą o kontakt





↑ PATOLOGIA OFIAR |

**Samobójstwo z postrzałem i samopodpaleniem**; strzał był czynnikiem zapalnym do uprzednio podlanego benzyną mieszkania: rana postrzałowa (A) i oparzenia (B) (Bogdanović et al., 2018). Fotografie ofiar **prób samobójczych z postrzału w twarz** (C), (D); okno tomografu komputerowego ukazujące urazy (E) (Sinott et al., 2016). Fotografie z sekcji zwłok ofiary samobójstwa w wyniku **strzału w klatkę piersiową**: uszkodzenia serca (F), (G); rana wlotowa (H) (Kucerova et al., 2018). Reprodukacja z uprzejmą zgodą Springer Nature, BMJ.



# PIERWSZA POMOC W PREWENCJI SAMOBÓJSTWA

## W GABINECIE

### Psychiatria Konsultacyjna

*Nauczyłeś się teraz wiele o tym jak funkcjonuje mózg samobójcy i jakie są przyczyny psychologiczne, biologiczne i społeczne prowadzące do tego zjawiska. Czy uda ci się zatrzymać ten proces w mózgach twoich pacjentów? Jak udzielisz pierwszej pomocy ofiarom próby samobójczej?*

Człowiek płacze i rozpacza tylko wtedy,  
Kiedy ma jeszcze nadzieję.  
Kiedy nie ma żadnej nadziei,  
Rozpacz przybiera postać  
Strasznego spokoju.

- Maria Dąbrowska, *Dzienniki 1914-45*

**W** 20 procentach przypadków badanych przez (Harris et al., 2017) rozmowa o samobójstwie wywołała poprawę nastroju! Dzieje się to przez to, że chorzy mogą w końcu z kimś porozmawiać o swoich problemach i myślach. Obniżenie nastroju może wystąpić, ale zwykle powiązane jest z podstawowymi czynnikami ryzyka, takimi jak sytuacja społeczna. Tak więc mimo tego, że ktoś może poczuć się nieco gorzej, i tak jego przeżywalność wzrośnie.

Pierwsza pomoc w samobójstwach i samoobleczeniach jest skuteczna tylko wtedy, kiedy ją w ogóle podejmiemy. Tak samo jak w przypadkach chorób serca, płuc czy układu kostnego, nawet w połowie dobrze wykonana pierwsza pomoc daje poszkodowanemu większe szanse na przeżycie!

Warto jest również założyć, że co do zasady każdemu samobójstwu da się przeciwdziałać. Każde może zostać przerwane i każde możemy sami uratować, jeśli tylko odpowiednio przygotowujemy się do tego zadania i będziemy postępować w oparciu o dowody i wypróbowane techniki, ze szczególnym dopasowaniem ich do danej sytuacji i chorego. Jeśli pacjent popełnił jakiś czyn, który jest natychmiastowym zagrożeniem dla zdrowia i życia, należy wezwać pogotowie ratunkowe.

#### KROK 1: ZADAJ PYTANIE

*“Czy chcesz się zabić?”*

Bardzo ważne, aby zadać to pytanie wprost. Osoby, które planują odebranie sobie życia odpowiedzą na to bez problemu. Nie bójmy się! Nie próbujmy omijać tematu czy przechodzić w eufemizmy. Jeśli jest to za trudne na początek, można spróbować:

*“Czy myślałeś o odebraniu sobie życia?”*

*“Czy sądzisz, że świat byłby lepszy, gdyby ciebie tu nie było?”*

#### >> UWAGA >>

**ROZMAWIANIE O SAMOBÓJSTWIE NIGDY, W ŻADNYCH WARUNKACH, NIE POWODUJE ZWIĘKSZENIA RYZYKA ŚMIERCI OSOBY CHOREJ.**

#### KROK 2: USTAL CZYNNIKI RYZYKA

Korzystaj z tabeli podanej wyżej lub z odpowiedniego kwestionariusza szpitalnego, opartego na dowodach.

*“Powiedziałeś, że chcesz się zabić. Jak masz zamiar to zrobić?”*

Daj poszkodowanemu wypowiedzieć się swobodnie. W szczególności zwróć uwagę na:

- Dokładny plan,
- Logistykę (czy ma wybrane miejsce, czy podjęła jakieś przygotowania, np. zakup sznura, wybrane drzewo, zgromadzenie substancji trujących, wyszukanie w Internecie sposobu działania tych substancji. Im więcej szczegółów i spójności logicznej, tym większe zagrożenie),
- Dokładny zamiar,
- Aktywne przygotowywanie się (wybrana data, czy jest w fazie pasywnej - posiadanie planu, czy aktywnej - rozpoczęcie wykonywania go),
- Plany na śmierć, np. testament, wiadomość,
- Sekrecja w czynach (brak poinformowania innych, wybranie dnia/miejsca, gdzie nikt nie będzie mógł tego widzieć).

*“Co cię trzyma tutaj?”*

Oznacz czynniki protekcyjne, czy argumenty “za” przeważają nad argumentami “przeciw” (rodzina, religia, własna percepcja samobójstwa)

#### KROK 3: ZAINICJUJ ROZMOWĘ Z BLISKIM

*“Czy masz kogoś, z kim chciałbyś o tym porozmawiać?”*

*“Czy ktoś z rodziny / znajomych rozmawia z tobą na te tematy?”*

Utrzymywanie dobrej sieci zaufania i pomocy dla chorego będzie niezbędne w dalszym



#### NOTA BENE

Przedstawione poniżej sentencje to jedynie przykłady tego, jak można powiedzieć o czymś i jak zapytać kogoś w odpowiedni sposób.

Jeśli czujesz, że w Twoich ustach będą brzmiały nienaturalnie, wybierz alternatywę, która będzie według Ciebie bardziej szczerą i komfortową.



#### MYK KLINICZNY MARTWY SPOKÓJ

Jeśli chory był niespokojny i zdenerwowany przy planowaniu samobójstwa a następnie uspokaja się i logicznie prosi o wypuszczenie:

#### NIE WOLNO TEGO ZROBIĆ!

Oznacza to, że poszkodowany osiągnął błogi spokój, bo pogodził się ze swoją śmiercią.



#### NOTA BENE

Wdrożenie leczenia choroby podstawowej nie zwalnia z udzielenia pomocy i wsparcia, przynajmniej dopóki nie osiągnie się efektu terapeutycznego. Per analogiam, samo wsparcie nie zmieni długotrwałej prognozy, bez strukturalnego eliminowania czynników ryzyka.

planowaniu jego leczenia i utrzymaniu efektów pierwszej pomocy. Oczywiście nie zawsze jest to możliwe na oddziale ratunkowym czy w sytuacji kryzysowej. Warto jest jednak pomyśleć, co można zrobić, aby wesprzeć chorego.

#### KROK 4: JAK PORADZIĆ SOBIE TERAZ?

Całą rozmowę można zacząć od kilku zdań wstępnych, które poinformują chorego o przebiegu konsultacji. Orientacja co do metody działania i dobra struktura rozmowy jest bardzo ważnym czynnikiem radzenia sobie w sytuacji kryzysowej. Zarówno dla chorego jak i pomagającego.

*“Powie ci o kilku rzeczach, których możesz spróbować...”*

*“Ta lista to naprawdę dobra metoda sprawienia, że poczujesz się lepiej... daj sobie szansę”*

*“Nie myśl o przyszłości. Tym zajmujemy się kiedyś... Teraz skup się na tym, aby przetrwać następne 5 minut... 30 minut... następną godzinę”*

1. Zachęcaj chorego, aby powoli spróbował przebrnąć przez ten dzień, noc, aby dotrzeć do końca – zachęcaj do nagradzania się za przetrwanie kolejnych minut.

2. Przelóż podjęcie decyzji:

*“Zawsze zdążysz się zabić. Możesz to zrobić jutro, albo pojutrze... spróbuj nie robić tego akurat dzisiaj...”*

3. Ogranicz dostęp do czynników groźnych, np. alkohol, narkotyki, leki, broń palna, substancje chemiczne, ostre narzędzia.

4. Zachęć do przejścia w miejsce, które chory uważa za bezpieczne, np. sypialnia, mieszkanie znajomego, sąsiada; zachęć do zaproszenia kogoś do siebie.

*„Staraj się być wśród ludzi, pójdź do kawiarni, biblioteki, na basen, do parku; gdziekolwiek, żeby odsunąć się od myśli samobójczych”*

5. Zachęć do spróbowania rzeczy, które zazwyczaj sprawiają choremu przyjemność, np.: obejrzenie filmu, wyjście do muzeum/galerii, miejsca z silnymi zapachami takimi jak kawiarnie, perfumerie, restauracje; śpiewanie, rozmowa z psem, wyjście na spacer, coś, co odciągnie od samobójstwa

6. Skonsultuj plan kryzysowy - co zrobić na wypadek takich myśli ?

7. Pomyśl o nagrodzie dla chorego: zjedzenie czegoś dobrego, ubranie się w coś, w czym czuje się dobrze

8. Zachęć do pomyślenia o liście rzeczy, które są

pozytywne w życiu chorej skupiając się na tym, co lubi robić i czego by jej brakowało.

9. Przedstaw negatywne konsekwencje w formie pytania:

Czy warto zostawiać rodzinę? Przyjaciół? Co sobie pomyślą, gdy dowiedzą się, że się zabiłeś?

*Pomyśl o osobie, która straciła bliskiego z powodu samobójstwa... czy wiesz, że zwiększasz w ten sposób ich ryzyko zabicia się? Czy chcesz, żeby umarli?*

10. Działania wizualne:

*Pomyśl o konsekwencjach swojego czynu. Powieszenie się spowoduje przyjazd policji, prokuratury. Twoja rodzina, żona, dzieci będą miały w głowach obraz twoich zwłok na sznurze jako ostatnią pamięć o tobie. Będą musieli zeznawać, będą oskarżeni o morderstwo, minie wiele lat, zanim otrzymają wypłatę ubezpieczenia (o ile w ogóle!), uniemożliwisz im przejście przez żałobę, bo będą musieli spędzić czas w sądzie.*

*Skuteczność samobójstw może być niska. Chcesz zostać warzywem, dusić się na linie przez długi czas, powodować zniszczenia dla mienia / domu, wprowadzić złą atmosferę, zmusić rodzinę do opuszczenia miejsca zamieszkania?*

*Jeśli myślisz, że innym będzie bez Ciebie lepiej, pomyśl o tym, co będą musieli zrobić i o konkretnych, logicznie bolesnych konsekwencjach każdej planowanej metody samobójstwa.*

#### KROK 5: ZAINICJUJ DŁUGOTRWAŁE LECZENIE

1. Bezwzględnie rozpocznij leczenie objawowe i doraźne - pierwsza pomoc, zarządzanie objawami.

2. Agresywnie lecz chorobę podstawową.

3. Lecz choroby współistniejące, zwłaszcza powodujące dużą niepełnosprawność, np. wady słuchu, wzroku, nietrzymanie moczu.

4. Odizoluj poszkodowanego od planowanych metod samobójstwa (jeśli to możliwe),

5. Zapewnij terapię odpowiednią dla samobójstwa (CBT) - skierowanie, koordynacja,

6. Popraw warunki socjoekonomiczne - zasugeruj zmiany w pracy, dokszałcenie, wyjście z kłopotów finansowych i rodzinnych, lepsze strategie radzenia sobie z konfliktami, stymuluj sposoby wyjścia z sytuacji - skierowanie do odpowiednich stron, lokalnych grup pomocy, pytaj:

*“Rozumiem, że chcesz się zabić. Powiedz*



#### NOTA BENE

Negatywne konsekwencje czy działania wizualne mogą wywierać szantaż emocjonalny lub zbyt brutalnym postawieniem sprawy. Zmuszanie chorego do myślenia bądź wyprawiania go ze strefy komfortu (co może zakończyć się złością, płaczem, poirytowaniem) skutkuje uwolnieniem emocji i presji, co jest korzystne klinicznie.

mi, jak można inaczej rozwiązać ten problem?”

- stymuluj chorego do myślenia nad rozwiązaniem problemów, zamiast oferować gotowe rozwiązania,

7. Wytwórz sieć wsparcia wśród rodziny, znajomych, zaoferuj kontakty z zespołami kryzysowymi, stwórz plan kryzysowy, podaj kartę pierwszej pomocy,

8. Regularnie oceniaj ryzyko popełnienia samobójstwa i reaguj na jego zmiany,

9. Oferuj regularne spotkania; pytaj o progresję leczenia,

10. Bądź współczujący i nie oceniaj indywidualnych sytuacji. Kieruj się czynnikami ryzyka opartymi na faktach i dowodach, a nie własnej opinii,

11. Plan kryzysowy czy pierwsza samopomoc może być użyteczna dla pacjenta, w kontekście tego, co zostało zaprezentowane w niniejszym podrozdziale.

*Chcesz umrzeć? To możesz zawsze  
Ale jaki to ma sens, skoro  
Pewnego dnia to cię i tak dopadnie  
To jest poza twoją kontrolą*

**Zeus „Świt”**

## PYTANIA SPRAWDZAJĄCE

### ZAGADNIENIA KLINICZNE

1. Oceń ryzyko u osoby z historią samookaleczenia.
2. Oceń ryzyko u osoby przyjętej na SOR z próbą samobójczą.
3. Zaordynuj odpowiednie leczenie chorego, który przeżył próbę samobójczą.
4. Przedstaw choremu opcje leczenia, które są skuteczne.

### ZAGADNIENIA OTWARTE

1. Jak częste są samobójstwa z przyczyn społecznych (np. w wyniku bezsilności)?
2. Na czym polega zjawisko masowych samobójstw?
3. Jak można ograniczyć ilość samobójstw przez interwencje z zakresu zdrowia publicznego?
4. Opisz, jak prognozuje się chorych z ideacjami samobójczymi.
5. Wymień główne czynniki przy ocenie ryzyka osoby ze skłonnościami samobójczymi
6. Które czynniki ryzyka, będąc popularne w kulturze czy beletryście psychiatrycznej, nie odnajdują swojego potwierdzenia w dowodach?
7. Scharakteryzuj wpływ warunków socjoekonomicznych na ryzyko samobójstwa.
8. Na czym polega terapia CLASP-ED?

### ZAGADNIENIA ZAMKNIĘTE

1. Która z wymienionych jest najczęstszą z przyczyn popełnienia samobójstwa w Polsce?
  - A. Skok z wysokości (hot spots),
  - B. Otrucie (CO),
  - C. Powieszenie,
  - D. Sprowokowany wypadek samochodowy,
  - E. Uduszenie lub utonięcie.
2. Która z poniższych zmian jest charakterystyczna dla mózgu samobójcy?
  - A. Nadaktywność nerwowa płata przedczołowego (pfc),
  - B. Zwiększona ilość enzymów hydroksylazy tyrozynowej,
  - C. Nadwyżka serotoniny,
  - D. Przerost wielkości hipokampu,
  - E. Nadprodukcja hormonów w jądrze szwu (raphe nuclei),
3. Konektomika której z poniższych sieci zaburzona jest u samobójców (ale nie u hipotymików)?
  - A. Sieci myślenia o sobie, samooceny myślowej,
  - B. Sieci depresyjne,
  - C. Sieci motoryczne,
  - D. Sieci odczuwania nagrody,
  - E. Sieci przywiązania, społecznego.
4. Który z poniższych czynników ryzyka sprawia, że ofiara ma większe prawdopodobieństwo samobójstwa?
  - A. Długi i problemy finansowe,
  - B. Poprzednio popełniona próba samobójcza,
  - C. Trudne dzieciństwo,
  - D. Rodzice z zaburzeniami osobowości,
  - E. Głośne krzyczenie o chęci zabicia się.

### ODPOWIEDZI:

- 1C (Policja, 2010)
- 2B (występuje zmniejszona aktywność pfc, mniej serotoniny, utrata wielkości hipokampu, deficyt serotoniny produkowanej w raphe nuclei)
- 3A (pozostałe sieci są albo wspólne dla hipotymii albo niezwiązane z samobójstwem)
- 4B (pozostałe nie są oparte na dowodach)

## STRZAŁY Z BRONI / PODCIĘCIE GARDŁA

Ślady po strzale samobójczym z pistoletu domowej roboty wykonanego z ogólnodostępnych materiałów; ofiara to 22 letni mężczyzna (Veselinović et al., 2018). Poniżej próba samobójcza przez podcięcie gardła. Nietrafione cięcia sugerują wahanie się ofiary przed dokonaniem czynu. Reprodukacja z uprzejmą zgodą Springer Nature.





# WSZYSTKO W PORZĄDKU

## FINAŁ LECZENIA

### Psychiatria Konsultacyjna

*Udało nam się ustalić, że problemy Maciatego dałoby się naprawić poprzez likwidację przyczyny podstawowej objawów: samobójstwa jego przyjaciela. Należy zatem interweniować w samym sercu wydarzeń. Maks znajduje się w swoim domu i rozpoczął już procedurę odebrania sobie życia. Czy uda Ci się zawczasu go uratować? Użyj umiejętności z tego rozdziału, aby tego dokonać.*

Wszystko w porządku.

Powiesić się czy odłożyć pistolet?

Ach tak, te myśli!

„Przecież wszystko jest w porządku.”

Odpowiadam jej, a my idziemy znowu pić.

W końcu zanurzyli mnie kiedyś w wodzie

Znaczący Bóg mnie ochroni

Więc wszystko w porządku.

– **Anacondaz ft Ince** „*всё xopouo*”

Chłopak zatrzymał się na chwilę przed kolejnym cięciem. Odłożył nóż i zdjął rękawiczki.

“O nie, zdekontaminowałem pole operacyjne” – pomyślał odruchowo, po czym zaśmiał się w trupim humorze ze swojej adherencji do wytycznych mikrobiologicznych.

Cień przemknął mu przed oczami. Chirurg odruchowo spojrzął w kierunku wyjścia z łazienki. Stała tam czarna, ponura postać. Obserwowała go cały czas. Jej twarz była skryta pod kapturem.

– Zabij się! – Wyszeptała do niego – Weź ten nóż i zrób to w końcu! Nikt cię nie kocha! Nienawidzą cię. Nóż! W pokoju jest drugi. Już mi nie uciekniesz. Znajdę cię wszędzie...

Chłopak zamknął oczy. Otworzył je jeszcze raz. Postać dalej tam była.

– Nóż! Jesteś bezwartościowy! Zabij się!

Przeszył go strach. Niby był przyzwyczajony do halucynacji, ale i tak zawsze powodowały w nim uczucia przeraźliwego niepokoju. Musiał czymś zająć swoją uwagę. Wziął telefon do ręki i odblokował wiadomości. Czarek wracał właśnie ze zmiany i zdążył być nadesłać kilkanaście zdjęć siebie w ubraniu firmy produkującej pizzę. „Ale uroczo wygląda w tej czapce”, pomyślał chirurg i na chwilę zapomniał o wszystkim co działo się wokół niego. Ani się spostrzegł jak leżał na folii i trząsł się z zimna, gadając trzeci kwadrans o filmach, kinematografii i sztuce. W końcu zeszedł na temat robienia sobie krzywdy.

– Widziałem, jak cała ta choroba ciebie zjada. Jak marniejiesz razem z nią.

– Nie przejmuj się mną. Nie warto. Będzie dobrze ze mną – przekonywał nieudolnie lekarz,

który nie miał już dużo siły na udawanie swojego dobrego stanu. Czarek nie dał się zmylić. Chwilę posiedzieli sobie w ciszy.

– Szukałem sposobu na opowiedzenie ci tego wszystkiego. Dziewczyna okropnie się zachowała. Naprawdę. Nic z tego, co mogę powiedzieć, nie sprawi, że będzie inaczej - zrobił kolejną dłuższą pauzę bez odpowiedzi. Widział, jak te słowa powoli zatapiały się w skostniałe serce chirurga. Ten normalnie wygadany i niepozwalający sobie przerywać chłopak teraz nie miał nic do powiedzenia. Nagle telefon zawibrował z kolejną wiadomością.

– Nie jesteś zwyrolem. Wiem, że nigdy byś jej nie zrobił krzywdy. Zrobiłeś wszystko, aby było jej najlepiej. Jesteś jedna z najlepszych rzeczy, jaka się jej przytrafiła... o ile nie najlepszą... Jesteś... jesteś jedną z najlepszych rzeczy jaka mi się przytrafiła. Nikt inny tak o mnie nie dbał.

– Czarek, nie musisz tak mówić. – ledwo odpytywał, wiedząc, że nie trafia w klawisze.

– Nie wiem, jak bardzo ona krzywdę ci zrobiła. Pewnie dużą. Nie wiem, jak długo będziesz przeżywał to wszystko... pewnie kilka miesięcy. O ile w ogóle przeżyjesz w twoim stanie. Nie wiem, co ona chciała osiągnąć ani czemu to zrobiła. Wreszcie, nie wiem co będzie jutro.

– Nie musisz wiedzieć.

– Ja nie wiem nawet co ja teraz robię... Powinieneś porozmawiać z kimś kto się zna na tym... pogadaj z Maciatym, on jest w tym dobry. On ci pomoże, na pewno.

– Ale ty dużo też robisz.

– Ja nic nie zrobię... Ale obiecuję ci jedno. Będę z tobą cały czas. Nigdzie nie idę. Spędzę z tobą całą noc. Właśnie tutaj. A wiesz czemu? Bo nie chcę... Maksio, nie chcę, żebyś umarł. Nie chcę, żebyś miał halucynacje, nie chcę, żebyś nie mógł przez nie spać. Chcę, żebyś był szczęśliwy. Moja miłość nie sprawi, że przyjdiesz z powrotem, jak się zabijesz... ale chcę i mogę cię kochać teraz, kiedy mam szansę cię przed tym powstrzymać.

– Dzięki, Czarek.

Chłopak popatrzył jeszcze raz na koniec wan-



#### NOTA BENE

Tak, jak mówi bohater, udzielenie pierwszej pomocy nie wymaga bezpośredniego kontaktu vis-a-vis.

ny. Upiorna postać dalej tam siedziała. „No nie mogę w takim stanie pracować” pomyślał i założył bluzę, a na nią płasz. Wyszedł z domu.

Ta noc była wyjątkowo zimna. W takich chwilach chirurg nie wiedział, czy telepie się przez przeraźliwy chłód czy stres tego, co się dzieje. Dochodziła trzecia nad ranem, gdy usiadł na ławce i zmarzniętymi palcami wystukiwał odpowiedzi na wiadomości od Czarka.

W tej chwili coś kopnęło go w tył głowy. Upadł na zimny bruk. Wokół niego ustawio się kilka osób w czarnych kapturach. Chłopak przestraszył się, że znowu po niego przyszl.

– Mówiłam, że ci znajdę. Znajdę wszędzie – ten sam głos przeszywał jego ciało po stokroć gorzej niż w łazience.

Nagle poczuł kolejne uderzenie w żebro. Leżał sparaliżowany na przeraźliwie zimnym chodniku. Nie mógł nawet bronić się przed napastnikami.

– Zabij się! Masz nóż w plecaku. Weź go i zabij się! Nóż! Teraz! Nikt cię nie będzie żałował. Wszyscy cię nienawidzą!

Jego ciało poniewierało się we wszystkie strony, gdy do ataku przystąpiły kolejne postaci. Głosy nasilały się, gonitwa myśli rozpędziała jeszcze bardziej. Wszystkie zdania pędziły w jednym tylko kierunku: jak najszybszego odebrania sobie życia. Ból kolejnych uderzeń odbierał mu oddech, gdy skulony pod ławką przegrywał nierówną walkę.

– Maksio! – znajoma postać zawołała do niego. Chłopak odwrócił się, ale nic nie odpowiedział. Dalej leżał na bruku. Łzy spływały mu po policzkach. Nie mógł się nawet podnieść. Paraliżujący ból unieruchamiał mu mięśnie. Blondynka popatrzyła na niego. Wydawała się nie zauważać innych postaci.

– Napisałeś jakąś dziwną wiadomość... mówiłeś coś, że dziewczyna cię nie chce widzieć, że jakieś złe wyniki i ogólnie martwiłam się o ciebie... Dlaczego leżysz na bruku?

– Nie ma po co się martwić. Jest OK ze mną wszystko. – próbował wydusić z siebie najbardziej udawany uśmiech. Ona pokręciła głową i przekazała mu małe zawiniątko.

– Zobacz, mam coś dla ciebie! – Ten wziął kulkę papieru w ciszy. Z bardzo udawanym grymasem szczęścia popatrzył na nią.

– Potrzebujesz czegoś może? Coś kupić chcesz, zrobić?

– Neeee. – potrząsnęła głową – Ja chcę ciebie. Cieszę się, że żyjesz dalej. Zobacz co mam dla ciebie – chłopak powoli podniósł się i otworzył zawiniątko. Znalazł tam naszywkę z żółwiem.

– Przecież ty nie lubisz żółwi. I nie lubisz naszywek.

– Ale ty lubisz. Chciałam zrobić coś, co ciebie uszczęśliwi.

Jak to możliwe, żeby ktoś chciał coś dobrego dla niego? Przez tyle czasu wszyscy go krytykowali, kazali brać antypsychotyki, wyzywali i wykorzystywali fakt, że jest spaczony. Jego *major system error* i socjopatyczny aparat poznawczy myślał, że to, że ktoś po prostu go toleruje to najlepsze, na co może liczyć. Jak to możliwe, że ktoś na świecie chciał mu dać jakieś szczęście?

– Dziękuję. To bardzo miłe. – Łzy chirurga uniemożliwiły mu dalszą wypowiedź. Wstał do końca z ziemi, przytulił ją i pożegnał się. Chciał uciec z tego parku jak najszybciej. Skierował się do szpitala, przeszedł przez korytarz i przycisnął swój identyfikator do drzwi OIOMu. Nie wiedział co ma dalej zrobić i jak się ruszyć. W półdrogi spotkał swojego przyjaciela.

– Przyszedłem się pożegnać – wyksztusił.

– OK. Szerokiej drogi.

– A ja życzę również Panu powodzenia. A teraz – wyciągnął rękę – do miłego.

Przez chwilę stał z wyciągniętą ręką przed nim.

– Słuchaj Pan. – powiedział do niego – Nie mam zamiaru czekać na to, aż Pan się dostanie tam do tego psychiatry czy nie. Jesteś naprawdę spoko kolesiem, kimś wyjątkowym dla mnie, nie tylko dlatego, że coś tam umiesz i możesz zrobić inne rzeczy dla ludzi – wcelował mu palec w obojczyk – ale dlatego, że jesteś. I proszę cię, przestań robić sobie krzywdę, przestań się przypalać, przestań narażać swoje życie niepotrzebnie. Ja chcę, żebyś żył, rozumiesz?

Zrobił przerwę.

– Jest nadzieja dla takich, jak ty – dopowiedział i popatrzył na kolegę. Neurochirurg wziął go w swoje objęcia i przytulił tak mocno, jak tylko potrafił.

– Dzięki.

Maks usiadł na krześle przed jednym z pokojów i wziął głęboki oddech. Popatrzył na salę pełną pacjentów podpiętych pod wentylator. Maciasty pojawił się obok niego i położył mu rękę na ramieniu. Widać było, że nastrój chopaka powoli ociepla się, oddech reguluje, a myśli przestają gnać do przodu w krwiozerczym opętaniu. Nic już go nie bolało.

– To jak, napijemy się gorącej czekolady?



#### NOTA BENE

Halucynacje, urojenia czy inne zaburzenia psychiatryczne mogą powodować większe problemy w prewencji samobójstwa. Należy je agresywnie i definitywnie leczyć, jeśli chcemy osiągnąć lepszą przeżywalność chorego.



#### NOTA BENE

W tej wypowiedzi znajduje się kilka ważnych zabiegów: brak odwołania, podkreślenie wyjątkowości dla osoby (nie „inni przecież cię lubią!”) oraz prośba o zaprzestanie działań autodestrukcyjnych. Na samym końcu, bohater wypowiada zbawienne „nie chcę, żebyś umarł”.







**Dr Maksymilian A. Brzrzycki** - akademicki lekarz neurochirurg na Uniwersytecie w Oxfordzie. Wielokrotny laureat nagród za pracę kliniczną, odkrycia naukowe i osiągnięcia dydaktyczne. Jest autorem prac w zakresie sztucznej inteligencji, komputerowej oceny zaburzeń neurologicznych oraz leczenia rzadkich chorób mózgu. W szczególności fascynują go pionierskie rozwiązania w neurochirurgii, psychiatria śledcza oraz medycyna ekstremalna. Prowadzi wykłady w wielu krajach świata; charakteryzują je specyficzne poczucie humoru i aktywna gestykulacja. Jest najmłodszym w historii przewodniczącym Oxfordzkiego Towarzystwa Neurologicznego oraz laureatem złotego medalu Harvey'go Cushinga. Studenci wybrali go trzykrotnie nauczycielem roku (Oxford, Bristol 2018-20).



**lek. Maciej Ostrowski** - lekarz stażysta w Wojewódzkim Wielospecjalistycznym Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi. Interesuje go chirurgia ogólna, praktyka medyczna oparta na dowodach oraz badanie systemów ochrony zdrowia pod względem bezpieczeństwa i efektywności ekonomicznej. Wielokrotnie otrzymywał oxfordzkie stypendia, podczas których odbywał praktyki w najlepszych centrach urazowych na świecie. Tam nagradzany był za wiedzę, dbałość o pacjentów i profesjonalne użycie czynników ludzkich. Kliniczne nauki neurologiczne interesują go od strony skutecznego rozpoznania i leczenia. Od lat organizuje niezwykle popularne spotkania z symulacjami medycznymi dla młodzieży licealnej, podczas których uczy krytycznego myślenia i pierwszej pomocy w stanach nagłych.



Z TEJ KSIĄŻKI  
DOWIESZ SIĘ  
MIĘDZY INNYMI:

» Jak uratować życie samobójcy?

» Czyje ślady chcieli zatrześć członkowie sekty Besti di Satana?

» Czy to możliwe, żeby w psychozie stać się geniuszem?

» Jak rozpoznać uczciwą staruszkę od seryjnego mordercy i pedofila?

» Dlaczego niektórym wydaje się, że ich bliscy to sobowtórzy?

» Kiedy zjedzenie dużego obiadu może zabić?

» Czy choroby afektywne pomagały Wikingom?

» Jakie tajemnice skrywa upiór przedszkole „Promyczek”?

**Fascynuje Cię medycyna, psychiatria czy kryminologia? Ta książka jest dla Ciebie! Znajdziesz tu całą plejadę intrygujących, niezwykłych, ale i... niepokojących przypadków. To kolekcja niespotykanych opowieści o chorobach mózgu, zaburzeniach psychiki i groźnych patologiach. Autorzy z neurochirurgiczną precyzją rozprawiają się z kłótniami, mitami i nieporozumieniami psychiatrii. Znakomita lektura dla każdego fascynata klinicznych nauk neurologicznych!**

„W końcu książka, która szanuje, że mogę nie odnaleźć się w lekarskim żargonie... Do tej pory takie publikacje były tylko po angielsku. Warto przeczytać, bo rodzice, nauczyciele i pedagodzy mają do czynienia z tymi zaburzeniami na co dzień, a profesjonalnego przygotowania ze świecą szukać...”

- **Nauczyciel**

„Czytanie o moich zaburzeniach pomogło mi w lepszym ich zrozumieniu. Jestem naprawdę wdzięczna za proste, naukowe podejście do sprawy. Umożliwiło mi to znalezienie dobrego leczenia. Dzięki wam udało mi się pokonać chorobę”

- **Pacjentka**

„Obecne podręczniki psychiatrii rozpisują się o teoriach i narracjach. Na leczenie poświęca się zaledwie kilka kartek ponad czterystostronicowych kolubryn. Tu co innego - podrozdziały z różnymi metodami pomocy, gotowe przykłady, jeszcze wszystko oparte na dowodach.”

- **Lekarz psychiatra**

„To ma być podręcznik! A ja się poryczałam... Naprawdę, gdyby każda książka była tak pisana, to może zaczęłabym się uczyć.”

„Autor tak pisze, że jakby przepis na ciasto przedstawił to było by to interesujące.”

- **Uczniowie klasy maturalnej**

„Tacy jak Pan Autor to w Polsce siedzą w zamkniętych zakładach psychiatrycznych, a nie robią specjalizację z neurochirurgii!”

- **Profesor Psychiatrii, kierownik oddziału.**

