

Urojenia usystematyzowane - diagnostyka i orzecznictwo sądowe



Dr n. med. Ryszard Kujawski

Konferencja
„Psychiatria detencyjna”

Świecie, 11.10.2022 roku

Kilka uwag historycznych

- O myśleniu urojeniowym pisali polscy psychiatrzy od połowy XIX w., kiedy zaczęła się kształtować polska współczesna myśl i terminologia psychiatryczna.
- Początkowo nie nazywano tego pojęcia psychopatologicznego urojeniami, lecz stosowano inne określenia
 - **idea niedorzeczna** (w kontekście objawu),
 - **bredzenie** (w kontekście choroby lub zespołu objawów).
- Termin „**urojenie**” pojawiał się również, ale **początkowo w innym kontekście niż obecnie**, np. w bliskości ze zjawiskami omamowymi (**urojenie = omam zmysłu**; obecnie oba terminy - urojenie, omam - są definiowane odmiennie).

- Alfons Erlicki w książce „*Wykłady kliniczne o chorobach umysłowych*” (1897) wyliczył cztery przyczyny powstania **idei niedorzecznych** (czyli w obecnej nomenklaturze urojeń):
 - a) **idee natrętne**,
 - b) **urojenia (omamy) zmysłów**,
 - c) **zaburzenia w sferze uczucia** oraz
 - d) **osłabienie zdolności umysłowych wskutek zmian organicznych w mózgu**.
- „tworzenie się idei niedorzecznych stanowi **złożony proces psychiczny**, w którego dalszym rozwoju do **początkowych idei niedorzecznych** przyłączają się **inne i kojarząc**, tworzą ostatecznie pewną **całość** nazywaną **bredzeniem (delirium)**”

Początki współczesnego ujęcia

- Jakub Frostig w swoim podręczniku psychiatrii (1933) umieszczał <urojenia> w rozdziale „Zaburzenia struktury wyobrażenia i myślenia”.
- Rozważania Frostiga, odległe od terminologii Erlickiego, już w sposób nowoczesny traktują problematykę urojeń.

Diagnoza – (Orzeczenie) - Terapia

- Diagnoza jest matką terapii.
- Nie podejmuj terapii, jeśli nie wiesz, jakie zaburzenie chcesz leczyć.
- W diagnozie zawiera się sztuka medycyny

(Gątecki, Szulc, 2022)

**Nie podejmuj się orzeczenia,
jeśli nie potrafisz postawić diagnozy.**

Podział zaburzeń myślenia (Gałęcki, 2022)

- **Zaburzenia treści myślenia**

- Myśli nadwartościowe
- Automatyzmy psychiczne
- Myśli natrętne
- **Urojenia**

- **Zaburzenia formy myślenia**

- Zaburzenia toku myślenia
- Zaburzenia funkcji myślenia

Kontinuum zaburzeń myślenia

- zaburzenia treści myślenia przyjmują rozmaite formy
- nie traktujemy ich zero-jedynkowo, **dychotomicznie** (albo myślenie prawidłowe albo urojenia), lecz jako **kontinuum** nasilenia patologii (od myślenia prawidłowego do urojeń):
 - myślenie prawidłowe
 - omyłki
 - przesądność
 - idee nadwartościowe
 - doświadczenia podobne do psychotycznych (PLE's)
 - natręctwa myślowe z depersonalizacją
 - nastawienie urojeniowe
 - kłamstwo patologiczne
 - fanatyzm
 - fantazje podobne do urojeń
 - sądy podobne do urojeń
 - urojenia

Nastawienie urojeniowe

- nieufny stosunek do rzeczywistości, któremu towarzyszą raczej niejasne przypuszczenia niż jednoznacznie fałszywe sądy.
 - a) faza wstępna kształtowania się urojeń,
 - b) stała cecha myślenia (np. w zaburzeniach osobowości)
 - c) okresowe (np. w sytuacjach konfliktowych czy w stanach zagrożenia).

Fantazje urojeniowopodobne

(Birnbaum, 1908)

- reakcje typu histerycznego (izolowane bądź współistniejące z innymi reakcjami histerycznymi), nie mające trwałości urojeń, powierzchowne, zmienne, zależne od chwilowej sytuacji (wydarzeń, rozmów, lektur).
- w przypadkach przewlekłych - w odróżnieniu od urojeń - obraz kliniczny uboższy, bledszy, zawsze cechy sztuczności i teatralności.
- głównie u więźniów.

Sądy podobne do urojeń. Interpretacje popsychotyczne (Murawiec, 2009)

- Urojenie – fałszywe sądy osoby znajdującej się aktualnie w stanie psychozy.
- Jeśli proces patologicznego funkcjonowania szlaków DA zostanie wyhamowany wskutek farmakoterapii, to powstające po tym czasie fałszywe treści przybierają postać **sądów podobnych do urojeń** czy **interpretacji popsychotycznych**.
- Stanowią wyjaśnienia poznawcze, próbę nadanie sensu ustąpieniu objawów wytwórczych, a nie urojenia.
- Murawiec (2009): badania dotyczące klasyfikacji przez psychiatrów sądów pacjenta po leczeniu (**urojenia** czy **nie-urojenia**).
- 72% psychiatrów - urojenia, 28% - nie;
- odwrotny rozkład (30% - urojenia 70% - nie) u psychiatrów pracujących w klinikach
- Murawiec: **treści po przebytej psychozie** nie stanowią urojeń.

Doświadczenia podobne do psychotycznych

- Przez długi czas dominował paradygmat dychotomiczny: objawy - w populacji klinicznej, a ich brak - w zdrowej populacji
- badania w populacji osób zdrowych (np. Meehl, 1962): **kontinuum doświadczeń psychotycznych** w populacji ogólnej
- **doświadczenie przekonań o charakterze urojeniowym czy przeżyć podobnych do halucynacji nie powiązanych z występowaniem zaburzeń psychicznych.**

Doświadczenia podobne do psychotycznych

- doświadczenia quasi-psychotyczne lub doświadczenia podobne do psychotycznych (ang. *psychotic-like experiences – PLEs*, Kelleher & Cannon, 2011) - przypominają objawy psychotyczne, głównie halucynacje i urojenia (np. dziwaczne doświadczenia percepcyjne, idee prześladowcze, przekonanie o własnej wyjątkowości) - wcześniej kojarzone z objawami klinicznymi, powszechne w populacji osób zdrowych

Jednak...

- Osoby z populacji ogólnej deklarujące występowanie PLEs stykały się z podobnymi czynnikami ryzyka jak osoby z diagnozą psychozy
- PLEs wiąże się ze zwiększonym prawdopodobieństwem zapadnięcia na zaburzenia psychiatryczne

Rozpowszechnienie PLEs

- 1894: I badanie rozpowszechnienia PLEs w populacji ogólnej. Wywiady u 17.000 osób niediagnozowanych z powodu zaburzeń psychicznych: **8% M oraz 12% K doświadczało halucynacji przynajmniej raz w ciągu życia** (Sidgwick, Johnson, Myers, 1894).
- 1990-92: National Comorbidity Survey, I zorganizowane na masową skalę badania zdrowia psychicznego populacji ogólnej w USA: **28% badanych odpowiedziało pozytywnie na przynajmniej jedno pytanie o występowanie objawów psychotycznych** (Kendler, Gallagher, Abelson, & Kessler, 1996).

Rozpowszechnienie PLEs

- 2000: Badania NEMESIS (The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study): **17% deklarowało doświadczenie przynajmniej jednego symptomu przypominającego kliniczny objaw psychozy**. Tylko **2%** **spośród tej grupy osób otrzymało diagnozę psychozy**.
- 2012: w populacji 250.000 osób z 52 krajów występowanie urojeń odnoszących i prześladowczych deklarowało **ponad 8%** osób, urojeń kontroli **niemal 5%** badanych, zaś halucynacji **ponad 5%**. Jednak schizofrenię zdiagnozowano u **1%** (Nuevo et al., 2012).

PLEs w populacji ogólnej

- Osoby zdrowe z populacji ogólnej najczęściej potwierdzają następujące PLEs:
 - dopatrywanie się w wypowiedziach innych osób aluzji lub podwójnych znaczeń (42%),
 - bycie w jakiś sposób prześladowanym (25%),
 - szczególna bliskość z Bogiem (21%),
 - poczucie bycia niezwykłą, specjalną osobą (12%)
 - przekonanie o istnieniu spisku przeciwko jednostce (10%)
- Często w deklaracjach osób zdrowych pojawiają się **wiara w popełnianie większej ilości grzechów niż większość ludzi** czy **powracanie myśli echem** (Verdoux et al., 1998a).

Wielość definicji urojeń

M. Jarosz

- fałszywe sądy pochodzenia chorobowego, które chory wypowiada z głębokim przekonaniem o ich prawdziwości, i których nie koryguje, mimo oczywistych dowodów błędności.

Wielość definicji urojeń

L. Korzeniowski

- sądy wyrażające błędną treść, kłócącą się z rzeczywistością, uważane przez chorego, wbrew wszelkim dowodom, za prawdziwe
- urojenia stanowią zazwyczaj przejaw głębokiej, chorobliwej zmiany całej osobowości
- niekiedy stanowią układy sądów powiązanych ze sobą logicznie w sposób usystematyzowany (paranoiczne), tworząc systemy urojeniowe (światopoglądy, teorie filozoficzne).

Wielość definicji urojeń

T. Bilikiewicz

- urojenie stanowi patologiczną jakość, „nieznaną w warunkach fizjologicznych”.
- błędne sądy wynikające z wiary a nie omyłki.
- urojenia tkwią głęboko w całej psychice, w tym w życiu uczuciowym, są odporne na wszelką perswazję, gdyż towarzyszy im ogromna siła przekonania
- w urojeniu chory wierzy w prawdziwość nieprawdziwego sądu, mimo wyraźnej sprzeczności z doświadczeniem pacjenta i otoczenia
- energiczne perswazje mogą prowadzić nie tylko do utwierdzenia się chorego w swoim błędnym przekonaniu, lecz, co więcej, wytwarzania się nowych urojeń.

Wielość definicji urojeń

Wciórka (2002)

- **cechy urojeń: fałszywość, nekorygowalność, indywidualistyczny i wyobcowany społecznie charakter.**
- **odrębna jakość kontaktu** z osobą je wypowiadającą (chorobliwy kontakt, niezwykle silne odczuwanie rzeczywistości).
- urojenia najczęściej występują w postaci myśli (**przekonania, sądy**), jednak mogą przejawiać się również w innej formie (**wspomnień, interpretacji i wyobrażeń urojeniowych**).
- **elementy subiektywnej prawdy psychologicznej w urojeniach** (urojenia są w prawdziwymi sądami w odniesieniu do subiektywnej rzeczywistości wewnętrznej, którym chory - bezzasadnie - stara się nadać znaczenie obiektywnych sądów o rzeczywistości zewnętrznej)

Wielość definicji urojeń

Gałecki (2020)

1) nieprawidłowe treści myślenia, które 2) nie poddają się korekcie mimo dowodów fałszywości i 3) działają w sposób wyobcowujący

Gałecki (2022)

Pięć (sześć?) cech urojeń:

- 1) nieprawidłowe treści, 2) sądy pochodzenia chorobowego, którym towarzyszy silne 3) odczucie oczywistości, mają 4) indywidualny i 4a) wyobcowujący kontekst, są 5) niekorygowane mimo pewnych dowodów ich fałszywości

Wielość definicji urojeń

- DSM-IV (2000)

fałszywe przekonania oparte na niewłaściwym wnioskowaniu zewnętrznej rzeczywistości, silnie podtrzymywane pomimo tego, w co wierzy prawie każdy i pomimo bezspornych i oczywistych dowodów lub faktów przeciwnych

- DSM-V (2013)

trwałe przekonanie, które nie jest podatne na zmiany w świetle przeczących mu dowodów

- **Psychologowie i filozofowie** stawiają bardziej rozbudowane niż **psychiatrzy** pytania, np. dotyczące :
 - a) **odróżniania** przekonań
 - b) mechanizmów **powstawania** urojeń
- Problematyka urojeń - **wydawałoby się ściśle medyczna** - staje się źródłem eksploracji przez różne, w tym **humanistyczne**, gałęzie nauki.
- Powoduje to poszerzenie wiedzy na temat natury życia psychicznego.

wymiary a nie definicje urojeń

- Złożone **zjawisko urojeń** winno się opisać szerzej niż w **definicjach**, uwzględniając co najmniej kilka, względnie od siebie niezależnych, **wymiarów**:

- 1) siła przekonania o prawdziwości,
- 2) obszar objęcia psychiki,
- 3) dziwaczność,
- 4) usystematyzowanie, wewnętrzna spójność;
- 5) ekspresja,
- 6) relacja do innych przekonań,
- 7) zaburzenia rozumowania,
- 8) pierwotność i wtórność,
- 9) modyfikacja (upływ czasu, leczenie),
- 10) związek z chorobą psychiczną,
- 11) treść

wymiary a nie definicja

- jak dokładniej opisać fenomen urojeń,
- czym różnią się od innych zjawisk psychicznych i psychopatologicznych,
- w jakich pozostają z nimi relacjach,
- czy stanowią wyraz choroby,
- jak silnie wplecione w psychikę
- jakie jej obszary obejmują
- jak wpływają na funkcjonowanie,
- jaki przebieg w życiu osoby.

Klasyfikacje urojeń

- Urojenia stanowią grupę niejednorodnych zjawisk, które można klasyfikować na różne sposoby.
- Etiologia: **organiczne i funkcjonalne**
- Stosunek do innych objawów: **pierwotne i wtórne**
- Zakres: **monotematyczne i politematyczne**
- Stopień pewności: **ograniczone (*circumscribed*) i dopracowane (*elaborated*)**
- Stopień systematyzacji: **nieusystematyzowane i usystematyzowane**
- Wysycenie emocjonalne: **syntymiczne, atymiczne, paratymiczne, katatymiczne**
- Struktura: **proste, paranoiczne, paranooidalne, oniryczne, inkoherentne**
- Treść: **ksobne, oddziaływania, prześladowcze, wielkościowe, nihilistyczne**

„Treść urojeń jest nieograniczona” (Gałęcki, 2022)

- Urojenia stanowią **ważne** zagadnienie psychiatrii.
- Rozpoznanie urojeń skutkuje często koniecznością wdrożenia różnych **procedur** (medycznych, administracyjnych, cywilno-karnych)
- Bezkrytycyzm chorych oraz zachowana zdolność do uporządkowanych, choć obiektywnie nielogicznych działań, może prowadzić do **konfliktów**, szczególnie na linii lekarz – pacjent, biegły - podsądny.

- **Trudności związane z urojeniami** rozpoczynają się już na poziomie ich **definicji**.
- „Urojenia „stanowią zjawisko niezwykle trudne do niebudzącego kontrowersji określenia” (Wciórka)
- Znaczenie **wiedzy i doświadczenia zawodowego i życiowego („nosa”)** lekarza psychiatrii oraz **odpowiedniej ilości czasu na analizę**.
- Nawet dysponując dobrą wiedzą podręcznikową na temat definicji czy wymiarów urojeń na podstawie badania niekiedy trudno się **jednoznacznie uznać** czy sądy które wypowiada pacjent są urojeniami.

- Dotyczy to **usystematyzowanych** urojeń, wypowiedzianych przez **wykształcone** osoby w anturazie **skomplikowanych** okoliczności.
- **Rozmaitość** wątków, ich wzajemnych **powiązań i relacji**, powoduje, że lekarz – bez dokładnej analizy - może mieć trudności w zrozumieniu tych zależności i odróżnić - z całą pewnością - które zdarzenia są rzeczywiście prawdziwe, a które stanowią urojeniową interpretację chorego.

- Urojeniowe przekonania mogą być **zgodne z aktualnym obiektywnym stanem rzeczy** (np. posądzana przez wiele lat o zdrady żona, zmęczona oskarżeniami męża, rzeczywiście zaczyna spotykać z innym mężczyzną, celem budowy nowego związku i zakończenia nieudanego małżeństwa).
- Jeśli osoba wykształcona i dobrze funkcjonująca społecznie wypowiada usystematyzowane sądy urojeniowe to **współistnieje** u niej **chorobowe myślenie i dobre funkcjonowanie** w wielu wymiarach życia (**monomania**)
- Spośród innych objawów tzw. dużej psychiatrii urojenia usystematyzowane wiążą się najściślej z **dobrym funkcjonowaniem chorego** w wielu sferach życiowych.

Urojenia usystematyzowane w psychiatrii sądowej

Przebieg badania sądowo-psychiatrycznego

- Biegli traktowani jako kolejna w życiu niedogodność / przeszkoda (mimo formalnego rozumienia, że zostali oni zobligowani do wydania opinii przez organ procesowy)
- Nieufność w kontakcie z biegłymi (zgoda na nagrywanie badania; obecność adwokata albo innej osoby w czasie badania)
- Badanie dłuższe niż zazwyczaj (wielowątkowość tematyki, wątki poboczne, które łączą się w różnych częściach badania; udowadnianie swoich racji przed biegłymi, nakazywanie zapisywania dosłownych wypowiedzi)
- Napięcie afektywne, rozdrażnienie

Urojenia usystematyzowane w psychiatrii sądowej

Diagnoza

- Niepewność diagnostyczna, szczególnie w przypadkach osób wykształconych, dobrze funkcjonujących, z licznymi wątkami, które nie są dziwaczne, lecz realne do zaistnienia
- Wg ICD 10 najczęściej: F22, F06.2, F10.5
- Nierzadko konieczność kierowania na obserwację sądowo-psychiatryczną

Urojenia usystematyzowane w psychiatrii sądowej

Diagnoza różnicowa

- **osoba bez zaburzeń psychicznych**, dochodząca intensywnie swoich racji w okolicznościach obiektywnie wyrządzonych jej szkód czy krzywd
- **zaburzenia adaptacyjne** czy **PTSD** w kontekście jw.
- **osobowość paranoiczna**, szczególnie ze współistniejącymi zaburzeniami emocji czy zaburzeniami adaptacyjnymi (częstymi z powodu licznych konfliktów)
- **fanatyzm**
- **zazdrość**
- **obłąd udzielony**
- **schizofrenia** o późnym początku

Urojenia usystematyzowane w psychiatrii sądowej

Orzeczenia biegłych

- Szeroki zakres orzeczeń: od poczytalności przez poczytalność znacznie ograniczoną do niepoczytalności
- Orzeczenie zależy od wielu czynników:
 - 1) Nasilenie procesu chorobowego
 - 2) Nasilenia współistniejących zmian osobowości, uzależnień i zmian organicznych OUN (większość badanych między 50 a 70 rż)
 - 3) Rodzaju czynu karalnego
 - 4) Relacji między czynem a chorobą psychiczną i innymi zaburzeniami czynności psychicznych

Urojenia usystematyzowane w psychiatrii sądowej

Postępowanie sądowe

- uciążliwe, długie postępowanie sądowe (produkcowanie nowych wniosków dowodowych, wyłączenie sędziów z postępowania, wyłączenie biegłych)
- kilka toczących się spraw równolegle, dotyczących podobnych czynów
- często sprawy z powództwa prywatnego a nie publicznego
- zakładają sprawy sądowe często w reakcji na akt oskarżenia

Urojenia usystematyzowane w psychiatrii sądowej

Postępowanie wykonawcze

- dość niski odsetek wśród pacjentów internowanych
- często brak znacznej poprawy klinicznej (w kontekście ustąpienia urojeń)
- najczęściej ustępuje napięcie afektywne, towarzyszące urojeniom, które zdają się angażować mniejsze obszary życia psychicznego
- mała motywacja medyczna, a duża motywacja „osobowościowa” do leczenia psychiatrycznego (postrzegają się jako osoby przestrzegające prawa, więc mimo nikłego krytycyzmu chorobowego stosują się do zaleceń)

Pierwsze badanie Breivika

- Dwaj pierwsi psychiatrzy z urzędu, Torgeir Husby i Synne Sørheimadrese, przeprowadzili z nim 13 przesłuchań obejmujących łącznie 36 godzin, oprócz wysłuchania lub obejrzenia wszystkich przesłuchań policyjnych i przesłuchania jego matki.
- Oceniający połączyli nieustrukturyzowane rozmowy ze zorganizowanymi wywiadami diagnostycznymi, w tym Mini-International Neuropsychiatric Interview, Structured Clinical Interview for DSMIV Axis I Disorders (SCID-I) i PANSS.
- Breivik przyjmował sterydy anaboliczne w kilku okresach przed 22 lipca w połączeniu z dużymi dawkami efedryny, kofeiny i aspiryny w dniu ataku.
- W tej pierwszej ocenie rozpoznanie schizofrenii opierało się na obecności dziwacznych urojeń.
- W dniu 29.11.2011 r. psychiatrzy, którzy wydali pierwszą opinię, że Breivik był psychotyczny (schizofrenia paranoidalna) podczas planowania i realizacji swoich działań oraz podczas ewaluacji.

Wątpliwości psychologów klinicznych

- Psycholog Erik Johannessen, który zeznawał w Sądzie Okręgowym w Oslo w dniu 11.06.2012, stwierdził, że Breivik nie ma schizofrenii paranoidalnej ani zespołu Aspergera, nie cierpi na zaburzenia psychotyczne, a jego skrajne poglądy należy przypisać do ekstremizmu politycznego, a nie do choroby psychicznej
- Psycholog kliniczny Sverre Torgersen podejrzewał również, że Breivik w rzeczywistości cierpi na narcystyczne zaburzenie osobowości.
- Przypisał temu postawę wielkoścową Breivika i przekonanie, że został wybrany na rycerza w krucjacie przeciwko islamowi.

Drugie badanie Breivika

- Drugą ocenę przeprowadzili psychiatrzy sądowi Agnar Aspaas i Terje Tørrissen w okresie od lutego do marca 2013 roku na podstawie obserwacji stacjonarnej przeprowadzonej w ZK.
- Nie znaleźli żadnych oznak poważnej dezorganizacji ani zewnętrznych oznak halucynacji słuchowych.
- Wyniki testu MMPI-2 oraz badania wielokrotne trwające do pięciu i pół godziny wykazały, że nie jest możliwa symulacja choroby psychicznej.
- Stwierdzili, że „patologiczne samouwielbienie i idee podwyższonej samooceny, władzy i wiedzy mogą przypominać to, co obserwuje się w przypadku zaburzeń urojeniowych”.
- Zinterpretowali „negatywne symptomy”, takie jak wycofanie społeczne, jako naturalną konsekwencję planowania zamachu terrorystycznego.
- Przyjęli polityczną motywację jego przemocy.
- Objawy Breivika wynikały z narcystycznego zaburzenia osobowości połączonego z pseudologią fantastyczną (patologicznym kłamstwem), nie był psychotyczny ani podczas wywiadów, ani w czasie popełniania zbrodni.
- „Breivik nie spełnia (ICD-10) kryteriów schizofrenii, ale spełniałby kryteria DSM-IV”.
- „Źródłem zamieszania mogą być pewne subtelne, ale istotne różnice między klasyfikacjami ICD-10 i DSM-IV”

- Prokuratura powołała w sprawie Einara Kringlana, norweskiego profesora psychiatrii, związanego z Kliniką Psychiatryczną Vinderen w Oslo, jednego z czołowych norweskich psychiatrów.
- Odrzucił wcześniejszą diagnozę obłądzenia Breivika: „Choroba psychiczna nie może wyjaśnić wszelkiego zła, takiego jak Holokaust”.
- W dniu 24.08.2012 Anders Breivik został skazany na 21 lat więzienia, ponieważ nie został uznany za niepoczytalnego.

Wnioski z badania Breivika

- Ingrid Melle, norweska psychiatr(k)a: sprawa Breivika powinna być lekcją dla psychiatrów
- Przypadek pokazał, jak ważna jest dobra znajomość i zrozumienie fanatyzmu oraz umiejętność spojrzenia na to z perspektywy różnych dyscyplin.

Podsumowanie

- Istnieje wiele stanów psychopatologicznych na pograniczu urojeń, które mogą występować u osób bez diagnozy choroby psychicznej.
- Należy zawsze rozważać kontinuum zaburzeń myślenia: od myślenia prawidłowego do urojeń.
- Urojenia nie posiadają jedynej ani niezmiennej definicji.
- Diagnostyka powinna opierać się na ocenie wymiarów urojeń.
- Urojenia, a szczególnie usystematyzowane z brakiem dziwacznych treści, stanowią trudne wyzwanie diagnostyczne, orzecznicze i lecznicze.

Dziękuję Państwu
za uwagę