

Paweł Rasmus<sup>1</sup>, Anna Lipert<sup>2</sup>, Agata Orzechowska<sup>3</sup>,  
Katarzyna Binder-Olibrowska<sup>4</sup>, Monika Talarowska<sup>5</sup>

Otrzymano: 12.03.2019  
Zaakceptowano: 11.04.2019  
Opublikowano: 31.12.2019

## Studium przypadku z psychologii klinicznej zaburzeń psychicznych człowieka dorosłego – przykład do egzaminu państwowego

Clinical psychology case study of mental disorders in adults –  
an example for a State Examination

<sup>1</sup> Zakład Psychologii Lekarskiej, Katedra Nauk Humanistycznych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź, Polska

<sup>2</sup> Zakład Medycyny Sportowej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź, Polska

<sup>3</sup> Klinika Psychiatrii Dorosłych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź, Polska

<sup>4</sup> Zakład Rehabilitacji Psychospołecznej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź, Polska

<sup>5</sup> Zakład Osobowości i Różnic Indywidualnych, Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki, Łódź, Polska

Adres do korespondencji: Dr n. med. Paweł Rasmus, Zakład Psychologii Lekarskiej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, ul. Lindleya 6, 90-131 Łódź, e-mail: pawel.rasmus@umed.lodz.pl

### Streszczenie

Studium przypadku przedstawione w niniejszej publikacji stanowiło w grudniu 2018 roku jeden z elementów egzaminu ustnego ze specjalizacji z psychologii klinicznej w zakresie zaburzeń psychicznych człowieka dorosłego. Praca została oceniona pozytywnie przez komisję, a egzamin pisemny i ustny – zdane. Celem publikacji jest prezentacja przykładu, który może okazać się pomocny dla innych osób przystępujących do egzaminu specjalizacyjnego. Ze względu na wytyczne czasopisma studium nie stanowi pełnej wersji przedstawionej przed Komisją Egzaminacyjną, lecz zawiera jedynie najważniejsze treści. Autorzy mają nadzieję, że poniższy przykład przyczyni się do poprawy komfortu pracy przyszłych specjalistów nad studium przypadku. Bez względu na treści zawarte w artykule najistotniejsze wytyczne dotyczące egzaminu znajdują się na stronie internetowej <http://psychologia-konsultanci.pl>.

**Słowa kluczowe:** psychologia kliniczna, zaburzenia psychiczne, studium przypadku

### Abstract

The case study presented in this publication was one of the components of an oral examination in the field of clinical psychology, more precisely, mental disorders of an adult, which took place in December 2018. The work was positively evaluated by the Examination Committee, and both written and oral exams were passed. The purpose of this publication was to present an exam case study, which may prove helpful for those preparing for a specialisation exam. As in accordance with the guidelines of the journal, the case study does not constitute the full version presented to the Examination Committee, but contains only the most important information. The authors hope that this case study will contribute to improving the comfort of work on case studies among future specialists. Regardless of the content included in the publication, the most important exam guidelines are available on the website <http://psychologia-konsultanci.pl>.

**Keywords:** clinical psychology, mental disorders, case study

## WSTĘP

Od 22 marca 2017 roku obowiązuje nowa ustawa o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, dotycząca również nadawania tytułu specjalisty w zakresie psychologii klinicznej. Obecnie egzamin specjalizacyjny jest dwuczęściowy: teoretyczny i praktyczny. Na część praktyczną składa się ocena studium przypadku zatwierdzonego przez kierownika specjalizacji. Podczas sesji egzaminacyjnej odbywają się obrona opracowanego wcześniej studium i część ustna egzaminu praktycznego. Opis przypadku ma przede wszystkim ukazać proces diagnostyczny i być przygotowany zgodnie z wymogami zespołu Konsultanta Krajowego we współpracy z Konsultantami Wojewódzkimi (Wytyczne dotyczące egzaminu zawarte na stronie internetowej <http://psychologia-konsultanci.pl>).

Trzeba mieć na uwadze, że dobra praktyka kliniczna powinna bazować na doświadczeniu klinicysty, jak również odwoływać się do sprawdzonych, rzetelnych danych i aktualnych wyników badań naukowych. W diagnostyce należy wykorzystywać narzędzia z wykupioną licencją, do których użycia badający ma uprawnienia (dyplom w dziedzinie psychologii). Stosowane narzędzia powinny być standaryzowane i adaptowane do warunków polskich oraz pochodzić z legalnych źródeł i wydawnictw wskazanych przez Konsultantów, czyli z Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Pracowni Testów Psychologicznych i Pedagogicznych lub artykułów i monografii naukowych (Wytyczne dotyczące egzaminu zawarte na stronie internetowej <http://psychologia-konsultanci.pl>).

## STUDIUM PRZYPADKU

Mężczyzna, lat 39, zamieszkały w Łodzi, zgłosił się do kliniki psychiatrii po raz drugi. Miał trudności z określeniem przyczyny zgłoszenia. Mówił, że zdaniem zaniepokojonej żony może mieć nawrót choroby, bo za dużo pracuje. Dwa lata temu podczas pobytu w szpitalu zdiagnozowano manię z objawami psychotycznymi. Obecnie pacjent przyznaje, że ma trudności z okazywaniem uczuć żonie, a w relacjach małżeńskich często pojawiają się napięcia i konflikty, związane ze zdradą sprzed 2 lat. Zgłasza także problemy z koncentracją uwagi.

Celami badania były: ocena aktualnego stanu psychicznego pacjenta, opis osobowości i funkcjonowania poznawczego, wskazanie zasobów indywidualnych i środowiskowych oraz ustalenie charakteru interwencji służących poprawie samopoczucia i funkcjonowania z uwzględnieniem danych diagnostycznych z poprzedniej hospitalizacji. Sformułowano po 3 pytania i hipotezy badawcze.

### Pytania badawcze:

1. Czy zgłaszane przez pacjenta objawy mają związek z zaburzeniami nastroju?
2. Czy cechy osobowości pacjenta mają związek z utrzymującymi się problemami w funkcjonowaniu emocjonalnym i społecznym?

3. Czy aktualna sytuacja rodzinna i zawodowa pacjenta ma związek z doświadczanymi trudnościami psychicznymi?

### Hipotezy badawcze:

1. Zgłaszane przez pacjenta problemy mają związek z zaburzeniami nastroju i na tym tle ujawnia się osłabienie funkcji poznawczych.
2. Trudności pacjenta są przejawem zaburzeń osobowości, które manifestują się w formie problemów w relacjach interpersonalnych i emocjonalnych.
3. Istotnym podłożem prezentowanych objawów są nierozwiązane problemy relacyjne w najbliższym otoczeniu pacjenta.

Według danych z wywiadu pacjent urodził się z ciąży przedłużonej, bez komplikacji okołoporodowych. Wychowywany był w pełnej rodzinie, matka pracowała jako księgowa, ojciec – jako kierowca. Pacjent ma dwoje młodszego rodzeństwa. Dzieciństwo określa jako szczęśliwe. Matka zawsze go wspierała i kochała, cieszyła się z jego sukcesów, ale też była bardzo wymagająca. Stosowała kary fizyczne (uderzenia paskiem, kablem). Nagrody (rower, pieniądze) otrzymywał wtedy, kiedy się czymś wyróżniał, przykładowo gdy miał najlepsze oceny w klasie. Twierdzi, że był przez matkę faworyzowany. Z ojcem kontakt miał zawsze powierzchowny.

Pacjent neguje większe problemy z nauką. W liceum dało o sobie znać zamiłowanie do przedmiotów ścisłych. Ukończył studia na Politechnice Łódzkiej i uzyskał wykształcenie wyższe magisterskie (elektromechanik). Na drugim roku studiów miał trudności emocjonalne spowodowane niezaliczeniem jednego z egzaminów. Bardzo mu wówczas pomogły rozmowy z matką. Utrzymywał satysfakcjonujące relacje z rówieśnikami.

Pacjent zaczął pracować w czwartym roku studiów (rok 2003), około 7 razy zmieniał pracę. W pierwszej firmie pracował przez 2 lata, w kolejnej – przez 3, w następnych – około 1–2 lat. Nowej pracy szukał wtedy, gdy orientował się, że na uzyskanie awansu w obecnej firmie musiałyby długo czekać. Łatwo odnajdywał się w specyficznych warunkach korporacji, na które składały się rywalizacja, prowizja za wyniki czy wykorzystywanie współpracowników i podwładnych. W tamtym okresie przeczytał książkę *Psychopaci w firmie* Roberta Hare'a i Paula Babiaka. Uważa, że publikacja bardzo pomogła mu w pracy oraz w dużym stopniu przedstawiła jego myśli i zachowania.

Pacjent jest żonaty od 12 lat, ma 7-letnią córkę. Podaje, że żonę poznał w 2000 roku na imprezie sylwestrowej. Już na początku związku podjęli decyzję o posiadaniu potomstwa. Staraniom o dziecko towarzyszyły kilkukrotne zabiegi inseminacji. Pierwsza ciąża została poroniona, druga okazała się pozamacierna, po 5 latach starań urodziła się córka. Relacje małżeńskie badany od kilku lat ocenia jako nieudane. Sądzi, że żona powinna być mu wdzięczna, bo dzięki niemu poznaje świat i się rozwija. Żona nie poświęca mu tyle uwagi co kiedyś, po urodzeniu dziecka stopniowo się dystansuje – intymnie i emocjonalnie. Pacjent przyznaje, że w odróżnieniu od żony ma duże potrzeby seksualne, więc nie znajdują porozumienia. Żonę zdradził raz i „przez

przypadek” podjął decyzję o przyznaniu się do zdrady małżeńskiej. Wspomina, że 2 i pół roku temu wszystko się skumulowało: stres w pracy oraz liczne zmiany życiowe. Dwa lata temu zaobserwował u siebie występowanie natłoku myśli. Miał również poczucie, iż ktoś zwraca na niego szczególną uwagę. Tłumaczył sobie, że skoro pracował w tylu firmach, jest to normalne, ponieważ „konkurencja nie śpi”. Czuł się wtedy tak, jakby był panem sytuacji, miał też wrażenie, że „choruje na schizofrenię”.

Obecnie badany jest w pełni zorientowany auto- i allopsychicznie, współpracujący; na pytania odpowiada w sposób wyczerpujący, bez formalnych cech zaburzeń myślenia. Nie potwierdza myśli samobójczych, nie zgłaszał ich także podczas pierwszej hospitalizacji; zaprzecza objawom wytwórczym oraz używaniu alkoholu, narkotyków i leków bez wskazań lekarskich. Poprawnie formułuje zdania, ma bogaty zasób słów. W trakcie badania spokojny, w wyrównanym nastroju.

Pacjent stwierdza, że w 2 ostatnich latach (czyli po poprzedniej hospitalizacji) „życie w miarę mu się ułożyło”. Swoje relacje z rodziną pochodzenia ocenia jako mało satysfakcjonujące. Rodzice nie rozmawiają ze sobą. Kontakt z matką badany określa jako dobry, z bratem czasem się kontaktuje. Siostra jest najlepiej zorientowana w jego sytuacji rodzinnej i zdrowotnej, często rozmawiają w trakcie uroczystości rodzinnych. Z teściami natomiast kontakt jest słaby.

Obecnie badany pracuje w firmie handlowej, w której pełni funkcję kierownika ds. jakości obsługi klienta. Ma rozległe kontakty zawodowe. Obowiązki realizuje w ramach osmiodziesiętnego trybu pracy, najczęściej w formie pracy w domu (*home office*). Powodem odejścia z poprzedniej firmy była degradacja za romans ze współpracownicą.

Pacjent neguje wszelkie objawy chorobowe, również urojenia, ale sam stwierdza, iż jest „ostrożny”, a żona „może ma rację, że się o niego martwi”. Badany dobrze pamięta swój stan zdrowia sprzed 2 lat i ocenia, że teraz czuje się o wiele lepiej. W odstępach 3-miesięcznych konsultuje się z lekarzem psychiatrą. Od 6 miesięcy przyjmuje Tegretol 200 mg, raz dziennie. Od poprzedniej hospitalizacji uczestniczył w 6-miesięcznej terapii psychologicznej (spotkania 2 razy w miesiącu). Ponadto wraz z żoną odbyli 3 spotkania w poradni małżeńskiej. Później zrezygnowali, gdyż „wiedzieli, co mają robić”. Po 1,5 roku od hospitalizacji ani lekarz prowadzący, ani psychoterapeutka nie stwierdzili objawów manii, wskazali natomiast na znaczną konfliktowość w związku małżeńskim. Wspomniana zdrada była według słów pacjenta jednorazowa, badany nie utrzymuje z tamtą kobietą żadnych relacji. Deklaruje, że chce ratować małżeństwo, bo kocha żonę i córkę.

W poprzedniej pracy pacjent 2 razy w miesiącu odbywał spotkania coachingowe. Wspólnie ustalonymi celami były rozwój umiejętności komunikacyjnych (z uwzględnieniem przekazywania informacji zwrotnych) oraz praca nad stresem zawodowym.

Pacjent był hospitalizowany po raz pierwszy w klinice psychiatrii w maju 2016 roku. Z wywiadu i dostępnej

dokumentacji wynika, że leczył się psychiatrycznie od kwietnia tegoż roku – z powodu narastających objawów dezorganizacji myślenia i zachowania o obrazie epizodu manii. Otrzymywał ambulatoryjnie na noc 800 mg Depakine Chrono wraz z 20 mg Zolafrenu, wcześniej – Oksazepam. W trakcie leczenia nasilenie objawów stopniowo malało.

Problemem obecnie zgłaszanym przez pacjenta są trudności w funkcjonowaniu społecznym (szczególnie w roli partnerskiej) i poznawczym (zaburzenia koncentracji uwagi). Badany ma także trudność z określeniem dominującej motywacji zgłoszenia się do kliniki i opisaniem własnego samopoczucia. Twierdzi, że to żona niepokoi się o jego stan – dostrzega wzrost zaangażowania męża w obowiązki zawodowe, podobnie jak przed pogorszeniem stanu zdrowia i pierwszą hospitalizacją. Sam pacjent zauważa trudności w okazywaniu uczuć żonie oraz innym bliskim. Niepokoją go ponadto ciągła koncentracja na temacie zdrady małżeńskiej, pobudzenie psychoruchowe i zaburzenia snu.

### Badanie mechanizmów i cech osobowościowych

Minnesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości-2, MMPI-2 (Brzezińska *et al.*, 2012)

Skala kontrolna	VRIN	TRIN	F	FB	FP	FBS	L	K	S
T	49	58F	44	46	48	47	42	66	54

Skala kliniczna	Hs	D	Hy	Pd	M-K	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
T	52	55	52	64	48	35	53	51	50	40

Tab. 1. Wyniki pacjenta w skalach kontrolnych i klinicznych kwestionariusza MMPI-2

Badany przyjął postawę współpracującą i tylko przy jednym twierdzeniu zaznaczył obie odpowiedzi: „Prawda” i „Fałsz”. Wynik w skali VRIN = 49 (tab. 1) wskazuje, że badany był w stanie zrozumieć pozycje testu i konsekwentnie udzielał odpowiedzi. TRIN = 58F świadczy o trafności profilu, a wynik F = 44 uzyskany w kontekście klinicznym może sugerować nastawienie obronne, czyli to, że badany zaprzecza problemom ze zdrowiem psychicznym lub te problemy minimalizuje. Rezultat L = 42 rozwiewa powyższe wątpliwości, ponieważ w tym przypadku profil jest przypuszczalnie trafny. Wynik FB = 46 i niewiele wyższy od wyniku F świadczy o braku zmiany podejścia w czasie rozwiązywania testu. FP = 48 również każe sądzić, że profil jest trafny. FBS = 47 wskazuje na to, że protokół może być interpretowany. L = 42 oznacza profil trafny. Ponieważ wynik K = 66, w trakcie wypełniania kwestionariusza badany mógł wykazywać nastawienie dysymulacyjne i skłonność do zaprzeczania. Niski wyniki TRIN i wysoki wynik K mogą odzwierciedlać obronne podejście do wykonywania testu. S = 54 to kolejny wskaźnik trafności profilu.

Otrzymane wyniki MMPI-2 wskazują na silną tendencję dysymulacyjną w kierunku lepszego przystosowania, prawdopodobnie związaną z lękiem przed oceną oraz z sytuacją badania (wartość wskaźnika Gougha = -16). Ponieważ zdecydowana większość wyników w skalach kontrolnych przemawia za wnioskiem, że badany zrozumiał pozycje testu i konsekwentnie odpowiadał, a profil jest przypuszczalnie trafny, warto przyrzeć się niektórym skalom klinicznym. Biorąc pod uwagę fakt, że z powodu silnej dysymulacji profil testu może być obniżony, zostanie on przeanalizowany z poprawką K.

Wynik w skali D = 55 sugeruje możliwość występowania u pacjenta uczucia niezadowoloności z sytuacji życiowej, skłonności do zamykania się w sobie, małego zakresu zainteresowań oraz braku pewności siebie.

Wynik w skali Pd = 64 z jednej strony może świadczyć o niekonwencjonalności, niedojrzałości, egocentryzmie, budowaniu powierzchownych związków, problemach małżeńskich i rodzinnych, ekstrawertyzmie i energiczności, z drugiej zaś o tendencji do odczuwania nudy, pustki, przygnębienia oraz o gruboskórności, potrzebie manipulowania otoczeniem i wrogości. Wynik w skali uzupełniającej Pd1 Konflikty rodzinne = 65 może wskazywać na to, że badany ocenia swoją obecną rodzinę – ale także rodzinę pochodzenia – jako pozbawioną miłości, zrozumienia i wsparcia. Czuje, że obecna rodzina jest do niego nastawiona krytycznie i nie daje mu tyle wolności i niezależności, ile by chciał. Warto zwrócić uwagę na niski wynik Pa = 35, co w kontekście diagnozy sprzed 2 lat – manii z objawami psychotycznymi – jest pozytywną zmianą w zakresie funkcjonowania pacjenta.

#### Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności, GSES (Juczyński, 2001)

Wynik surowy 33 – 8. sten (wynik wysoki) – świadczy o silnym ogólnym przekonaniu badanego o skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami.

#### Kwestionariusz Samooceny STAI (Wrześniewski *et al.*, 2002)

Wynik dla stanu lęku (X-1) – 5. sten – świadczy o przeciętnym poziomie doświadczanego lęku uwarunkowanego sytuacyjnie, a wynik dla cechy lęku (X-2) – 5. sten – o przeciętnym poziomie lęku jako cechy.

Analiza wyników sugeruje, że w trakcie wypełniania kwestionariusza pacjent nie czuł lęku pojawiającego się w odpowiedzi na bodźce zewnętrzne.

Badany ma stałą dyspozycję wewnętrzną (cecha) do postrzegania sytuacji obiektywnie niegroźnych jako bezpiecznych i niewzbudzających niespecyficznego napięcia psychofizycznego. Wyniki są inne niż 2 lata wcześniej. W tamtym okresie wyniki badań lęku jako stanu były niemal identyczne, natomiast wyniki dotyczące lęku jako cechy uległy obniżeniu.

#### Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych, CISS (Strelau *et al.*, 2005)

SSZ (styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na zadaniu) – 8. sten (wynik podwyższony): badany ma

tendencję do podejmowania wysiłków zmierzających do rozwiązania problemu przez poznawcze przekształcenie lub próby zmiany sytuacji.

SSE (styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na emocjach) – 4. sten (wynik obniżony): w sytuacjach doświadczania stresu pacjent w niewielkim stopniu wykazuje tendencję do koncentracji na własnych negatywnych emocjach.

SSU (styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na unikaniu) – 6. sten (wynik przeciętny): badanego cechuje przeciętna tendencja do unikania myślenia, przeżywania i doświadczania sytuacji stresowej. Styl ten przyjmuje dwie formy: angażowania się w czynności zastępcze (SSU ACZ – 6. sten – wynik przeciętny) i poszukiwania kontaktów towarzyskich (SSU PKT – 6. sten – również wynik przeciętny). Warto zaznaczyć zmianę w wynikach CISS w stosunku do badań sprzed 2 lat – w kierunku przedkładania stylu zadaniowego (obecnie) nad emocjonalny (2 lata temu).

### Badanie funkcji poznawczych

#### Test Łączenia Punktów (Trail Making Test, TMT) Reitana (Reitan, 1958)

- Część A = 19 sekund
- Część B = 57 sekund

Efektywność działania pamięci operacyjnej i sprawność wzrokowo-przestrzenna w normie.

#### Test Figury Złożonej Reya (Watanabe *et al.*, 2015)

- Kopia – wynik surowy = 36 (100. centyl)
- Reprodukacja – wynik surowy = 21 (60. centyl)

Przebieg procesów wzrokowo-przestrzennych, praktyka konstrukcyjna, percepcja i pamięć wzrokowa prawidłowe.

#### Odejmnowanie seryjne

Rozwiązanie poprawne.

#### Krzywa Uczenia się Łurii (Łuria, 1976)

(4, 5, 8, 8, 8, 8, 10, 9, 9, 7...; przypominanie po odroczeniu: 7 słów)

Zachowana zdolność ogniskowania uwagi i uczenia się. Zakres pamięci krótkotrwałej większy od zakresu pamięci długotrwałej słuchowej – nieznaczna męczliwość poznawcza.

### Podsumowanie wyników

Analiza wszystkich elementów przeprowadzonego badania psychologicznego wskazuje na:

- obronne nastawienie pacjenta do procedury diagnostycznej;
- tendencję do zachowań manipulacyjnych, postawy egocentrycznej i wrogości;
- ogólne niezadowolenie z życia zawodowego i osobistego, co przejawia się w trudności z utrzymywaniem satysfakcjonujących relacji społecznych, przede wszystkim relacji partnerskich opartych na zaufaniu i bezpieczeństwie (zrazem jednak badanego charakteryzuje silne uogólnione

przekonanie o skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami);

- przeciętny poziom napięcia psychofizycznego;
- tendencję do podejmowania wysiłków zmierzających do rozwiązania problemu przez poznawcze przekształcenie lub próby zmiany sytuacji;
- nieznacznie osłabione funkcjonowanie poznawcze w zakresie koncentracji uwagi, procesów pamięciowych i efektywności poznawczej, które może być konsekwencją przemęczenia i stosowanej farmakoterapii.

## OMÓWIENIE

Jak wynika z powyższego podsumowania, osłabienie funkcjonowania poznawczego nie osiąga u pacjenta klinicznie istotnego nasilenia, które wskazywałoby na obecność deficytów poznawczych. Brak też obecnie podstaw do stwierdzenia poważniejszych zaburzeń nastroju, w tym zdiagnozowanej 2 lata temu manii z objawami psychotycznymi. Zarówno żona, jak i badany zgłaszali nadmiar obowiązków zawodowych i związany z nimi stres. Sam fakt pracy w *home office* może powodować, że pacjent wykonuje swoje obowiązki w nienormatywnym trybie i przekracza etatowy, 8-godzinny czas pracy. Ponadto farmakologiczne ustabilizowanie nastroju może skutkować subiektywnym uczuciem osłabienia sprawności procesów poznawczych, a jako objawy niepożądane na plan pierwszy mogą się wysuwać senność i zmęczenie. Co więcej, poprzednia diagnoza według klasyfikacji ICD-10 – F30.2 (Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne, 2000) nie znajduje potwierdzenia w aktualnych danych pochodzących z wywiadu, obserwacji oraz zastosowanych narzędzi kwestionariuszowych. Nie odnotowano wzmózonego nastroju, podwyższonej energii prowadzącej do nadmiernej aktywności, wielomówności, zmniejszonej potrzeby snu. Pacjent nie zgłaszał urojeń, omamów ani podniecenia, nie zaobserwowano wzmózonej aktywności ruchowej czy gonitwy myśli. Hipoteza 1 została więc zweryfikowana negatywnie.

W obrazie funkcjonowania pacjenta podczas badania dominowały znaczne zaburzenia w zakresie budowania prawidłowych relacji partnerskich i rodzinnych. Zaburzone funkcjonowanie emocjonalne i społeczne było źródłem dyskomfortu. Badany negatywnie oceniał relacje z członkami rodziny pochodzenia oraz wskazywał na ciągłe konflikty we własnym związku. W sposobie społecznego funkcjonowania pacjenta ujawniły się przede wszystkim tendencje do manipulowania innymi w celu zaspokojenia swoich potrzeb, wyolbrzymianie własnych osiągnięć i talentów, fantazjowanie o nieograniczonych sukcesach i władzy, brak empatii oraz niechęć do utożsamiania się z uczuciami i potrzebami bliskich. Brak zaufania do innych, poczucie zagrożenia, wrogości (konkurencyjności) i być może osamotnienie w życiu zawodowym i osobistym mogły się przyczynić do uczucia samotności i życiowej pustki. Dane z wywiadu i wyniki kwestionariusza MMPI-2 wskazują na

niekonwencjonalność, niedojrzałość, egocentryzm, budowanie powierzchownych związków, problemy małżeńskie i rodzinne, a także na gruboskórność oraz tendencję do odczuwania nudy, pustki, przygnębienia, potrzeby manipulowania otoczeniem i wrogości. Podwyższone wyniki w podskali Harrisa–Lingoesa Pd1 Konflikty rodzinne mogą wskazywać na to, że badany ocenia swoją obecną rodzinę i rodzinę pochodzenia jako pozbawione miłości, zrozumienia i wsparcia. Pacjent spełnia niektóre kryteria diagnostyczne dyssocjalnych zaburzeń osobowości: nielichenie się z uczuciami innych, niezdolność do przeżywania poczucia winy i skłonność do obwiniania otoczenia. Dane z wywiadu, obserwacji oraz badań kwestionariuszowych nie potwierdzają istnienia takich postaw i reakcji, jak lekceważenie norm, niemożność utrzymania związków, mała tolerancja frustracji czy niski próg wyzwalania agresji. Niemniej jednak komponenta osobowościowa w postaci rysu psychopatycznego może istotnie wpływać na trudności w relacjach interpersonalnych. Hipotezę 2 zweryfikowano zatem pozytywnie.

Odkąd u pacjenta pojawił się problem zdrowotny, można dostrzec ważną rolę żony w zakresie dbania o jego zdrowie, wspierania go w poszukiwaniu pomocy i w procesie leczenia. W trakcie aktualnej diagnozy zaangażowanie żony zdawało się wyglądać podobnie jak 2 lata wcześniej. Badany nie zgłaszał zastrzeżeń w stosunku do samego siebie, był mało samokrytyczny, mimo to czuł, że może mieć problem zdrowotny. Nie troszczył się o poprawę relacji i nie obwiniał się za atmosferę panującą w małżeństwie. Może to być związane z oczekiwaniami wobec żony – nie funkcjonowała ona tak, jak pacjent by sobie życzył. Chciałby bowiem, by partnerka mu wybaczyła, zapomniała o zdradzie, nie rozamiętywała, nie wracała do przeszłości i okazywała bezwarunkową akceptację. Podczas wywiadu wspominał o korzystaniu ze wsparcia specjalisty z poradni małżeńskiej, zakończonym po 3 spotkaniach. Prawdopodobnie małżonkowie powinni kontynuować terapię. Powyższe informacje dają podstawę, by sądzić, że nie tylko trudna sytuacja rodzinna wpływa na funkcjonowanie i samopoczucie pacjenta, ale także pacjent wpływa na atmosferę, jaka panuje w domu, i na nierozwiązane problemy relacyjne z członkami rodziny pochodzenia. Hipoteza 3 została zweryfikowana negatywnie.

Mechanizm powstania zaburzenia wyjaśniono w paradygmacie behawioralno-poznawczym (Bilikiewicz *et al.*, 2002), który współcześnie tworzy wiele koncepcji opisujących mechanizmy kształtowania się osobowości i rozwoju zaburzeń. Podstawowe założenie mówi o znaczącym wpływie uczenia się, przede wszystkim od osób sprawujących opiekę nad dzieckiem (matka, ojciec), na późniejsze funkcjonowanie w dorosłości. Pacjent pochodzi z rodziny wielodzietnej. Kontakt z ojcem miał zawsze powierzchowny, a rola matki, choć oceniana przez badanego jako wspierająca, częściej sprowadzała się do nadmiernej wymagającej. Ojciec przyjął rolę unikającą – o zaangażowaniu ojca w jego wychowanie pacjent wypowiadał się bardzo lakonicznie. Badany rzadko miał okazję obserwować

swoich rodziców w prawdziwej roli małżeńskiej i rodzicielskiej. W znacznym stopniu to matka przejęła funkcję wychowawczą. Postawiła się w roli rodzica karcącego (stosującego również kary fizyczne) i nagradzającego dzieci, które chciała nauczyć przede wszystkim radzenia sobie w życiu. Być może dlatego badany od dłuższego czasu postrzegał siebie i innych zero-jedynkowo – skąd wzięło się przekonanie, że można być albo perfekcyjnym (idealizacja), albo bezwartościowym (dewaluacja). Prawdopodobnie pacjent budował własny obraz na podstawie drobnych różnic między sobą a innymi, przede wszystkim po to, aby podnieść poczucie własnej wartości. Przykładowymi przekonaniem badanego mogą być: „Ponieważ jestem wyjątkowy, zasługuję na oddanie”, „Jestem lepszy od innych i oni powinni się ode mnie uczyć” lub „Jeśli nie jestem doskonały, jestem nikim”.

Dość typowa dla pacjenta jest emocjonalna reakcja na własne nieuczciwe zachowania – niedoświadczanie poczucia winy, będące w pewnym stopniu cechą charakterystyczną psychopatii (Cierpiałkowska, 2007). Co więcej, brak empatii, ograniczona zdolność do nawiązywania stałych relacji interpersonalnych i patologiczny egocentryzm czynią badanego niezdolnym do wzajemnej pomocy małżeńskiej. Pacjent zdaje się stawiać siebie na lepszej pozycji – uważa, że małżonka wszystko mu zawdzięcza, więc powinna go podziwiać, bezgranicznie mu ufać i zaspokajać wszystkie jego potrzeby; to ona ponosi winę za problemy w małżeństwie. Pomimo wielu badań empirycznych psychopatia pozostaje zagadnieniem kontrowersyjnym, które prowokuje do dalszych poszukiwań badawczych. Nadal nie ma pełnej zgodności co do istoty problemu i powiązań psychopatii z różnymi formami zachowań antyspołecznych, przede wszystkim zaś z zachowaniami impulsywnymi i agresywnymi (Kokoszka, 2004; Sęk, 1991). Badany w wywiadzie nie potwierdził takich zachowań. Wskazywał natomiast, że sam doświadczał przemocy ze strony matki. Nie popadał w konflikty z prawem, zdaje się rozumieć i respektować normy społeczne.

Specjaliści przedstawiają różne definicje i wyjaśnienia mechanizmów etiologicznych psychopatii (Bilikiewicz *et al.*, 2002; Kaplan *et al.*, 2004). Panuje zgodność co do istnienia silnej zależności między narcyzmem a psychopatią; narcyzm jest często określany jako „korzeń psychopatii”, czynnik leżący u podłoża osobowości psychopatycznej. Niektóre cechy badanego są wymieniane jako typowe dla osobowości psychopatycznej i narcystycznej. Mowa tu o deficytach empatii, wyolbrzymionym poczuciu własnej wartości, potrzebie bycia podziwianym, chłódzie uczuciowym, skłonności do kłamstwa, zaprzeczaniu uczuciom, instrumentalnym traktowaniu innych i okazywaniu wrogości. Podsumowując: opisane trudności w funkcjonowaniu pacjenta mogą mieć źródło w niedojrzałości emocjonalnej i deficytach w zakresie budowania bliskich, autentycznych relacji, opartych na miłości i zaufaniu.

Subiektywne poczucie pogorszenia koncentracji mogło natomiast wystąpić w wyniku przepracowania, braku możliwości regeneracji z powodu ograniczania czasu snu i odpoczynku, a także wskutek stosowanej przez badanego farmakoterapii.

## WNIOSKI

Na podstawie badania psychologicznego, wyników przeprowadzonych testów i danych klinicznych można sformułować następujące wnioski:

1. Subiektywne poczucie osłabienia funkcji poznawczych nie znajduje potwierdzenia w badaniu psychologicznym i nie jest wynikiem uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Może mieć związek z nastrojem, uczuciem wyczerpania i zmęczenia oraz brakiem satysfakcji z relacji rodzinnych.
2. Badany prezentuje niedojrzałość emocjonalną, osłabiony wgląd oraz cechy osobowości dysocjalnej: nieliczenie się z uczuciami innych, osłabioną zdolność do przeżywania poczucia winy i skłonność do obwiniania innych.
3. Aktualne nasilenie nieadaptacyjnych osobowościowych mechanizmów regulacji – przejawiające się w postawach i zachowaniu pacjenta – ma związek z utrzymującymi się problemami w funkcjonowaniu emocjonalnym i społecznym.
4. Obecny stan psychiczny badanego jest istotnie związany z sytuacją rodzinną (brak poczucia bezpieczeństwa i zaufania w związku, ciągle konflikty, wzajemne obwinianie się oraz słaby kontakt z członkami rodziny pochodzenia).

Jednym z najważniejszych zasobów pacjenta jest chęć zmiany samopoczucia i sposobu funkcjonowania. Motywacja do poprawy wydaje się wiarygodna, wynika zaś z odczuwanego dyskomfortu i negatywnej oceny własnych doświadczeń. Sprawne procesy poznawcze, pracowitość, ambicja, kreatywność roją pozytywnie, jeśli badany będzie kontynuować psychoterapię. Istotne są też przeświadczenie pacjenta o zasadności stosowania się do zaleceń lekarskich, regularne (co 3 miesiące) spotkania z lekarzem prowadzącym i konsekwentne zażywanie leków (*compliance, adherence, persistence*). Do zasobów należy także rodzina badanego, przede wszystkim kochająca i wspierająca żona oraz dająca szczęście córka. Kolejny element wzmacniający to środowisko pracy i rola przełożonych, którzy cenią wiedzę, umiejętności i kompetencje pacjenta, są skłonni w niego inwestować i umożliwiać mu osiągnięcie kolejnych szczebli kariery. Ważne jest zaufanie pracodawcy, który umożliwi badanemu pracę zdalną, w miejscu zamieszkania, bez kontroli, na samodzielnym stanowisku kierownika ds. jakości obsługi klienta.

Pod koniec spotkania diagnostycznego w klinice psychiatrii podjęto próbę zmotywowania badanego do kontynuowania spotkań terapeutycznych. Celem psychoterapii powinno być uświadomienie sobie przez pacjenta relacji między utrzymującymi się objawami a reakcjami emocjonalnymi, cechami osobowości i czynnikami sytuacyjnymi, zwłaszcza doświadczeniem zmęczenia, stresu zawodowego i osobistego.

Warunkami efektywności opieki terapeutycznej są w przypadku badanego stabilizacja farmakoterapeutyczna w zakresie nastroju i snu oraz praca nad motywacją do korzystania

z regularnej psychoterapii – także psychoterapii małżeńskiej. Systematyczne spotkania pozwoliłyby bowiem na szczegółową analizę psychologicznego podłoża doświadczanych problemów, jak również na poprawę jakości związku (relacje partnerskie, szacunek, zaufanie, intymność i empatia). Przydatna może się okazać dalsza praca nad specyficznymi dla pacjenta schematami myślowymi – w formie terapii w paradygmacie poznawczo-behawioralnym.

Oprócz psychoterapii indywidualnej warto, aby badany skorzystał z terapii grupowej w celu uzyskiwania informacji zwrotnych o własnym zachowaniu, trenowania podstawowych umiejętności komunikacyjnych, rozpoznawania emocji własnych i czyichś, współodczuwania, uwzględnienia i poszanowania punktu widzenia i potrzeb innych osób oraz budowania trwałych relacji z córką.

Warto rozważyć włączenie żony pacjenta w proces terapii, co mogłoby znacznie poprawić jej komfort psychiczny, odbudować zaufanie, poprawić komunikację i wzmocnić strukturę całej rodziny, budując poczucie stabilizacji i bezpieczeństwa.

Życie zawodowe wydaje się dla badanego bardzo istotne. Pracę traktuje on nie tylko jako źródło zarobkowania, ale również jako obszar, w którym można się realizować i rozwijać. Wyniki w pracy w dużym stopniu wpływają na samoocenę pacjenta. Warto zatem rozważyć kontynuowanie sesji coachingowych oraz szkoleń wewnętrznych i zewnętrznych w zakresie zarządzania karierą, zarządzania czasem, profilaktyki wypalenia zawodowego, równowagi między życiem zawodowym i osobistym (*work-life balance*). W poprzednim miejscu pracy badany korzystał z wymienionych form wsparcia i był zadowolony z osiągnięć.

Istotne jest ponadto sumienne stosowanie się do zaleceń lekarskich.

#### Konflikt interesów

*Autorzy nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.*

#### Piśmiennictwo

- Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J et al. (eds.): Psychiatria. Urban & Partner, Wrocław 2002.
- Brzezińska U, Koć-Januchta M, Stańczak J (polska normalizacja): MMPI-2 – Minnesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości-2. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, 2012.
- Cierpiąłkowska L: Psychopatologia. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2007.
- Juczyński Z: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001.
- Kaplan HI, Sadock BJ, Sadock VA: Psychiatria kliniczna. Urban & Partner, Wrocław 2004.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków – Warszawa 2000.
- Kokoszka A: Zaburzenia nerwicowe. Postępowanie w praktyce lekarskiej. 2<sup>nd</sup> ed., Medycyna Praktyczna, Kraków 2004.
- Luria AR: Podstawy neuropsychologii. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1976.
- Reitan RM: Validity of the Trail Making Test as an indicator of organic brain damage. *Percept Mot Skills* 1958; 8: 271–276.
- Sęk H (ed.): Społeczna psychologia kliniczna. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1991.
- Strelau J, Jaworowska A, Wrześniewski K et al.: CISS – Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych. Podręcznik. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2005.
- Watanabe K, Ogino T, Nakano K et al.: The Rey–Osterrieth Complex Figure as a measure of executive function. *Brain Dev* 2005; 27: 564–569.
- Wrześniewski K, Sosnowski T, Matusiak D: STAI – Inwentarz Stanu i Cechy Lęku. Polska adaptacja STAI. Podręcznik. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2002.
- Wytyczne dotyczące egzaminu zawarte na stronie internetowej <http://psychologia-konsultanci.pl> [cited: 11 March 2018].