

Beata Trędzbor, Ewa Karmińska, Karolina Drzyzga, Jacek Kamiński, Krzysztof Kucia

Święta czy chora – trudności orzecznicze w przypadku pacjentki z zaburzeniami schizotypowymi i osobowością borderline

A saint or ill – difficulties in issuing a medical certificate for a patient with schizotypal disorders and borderline personality

Klinika Psychiatrii i Psychoterapii, Wydział Lekarski w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny. Kierownik Kliniki: dr hab. n. med. Krzysztof Kucia

Adres do korespondencji: Beata Trędzbor, Klinika Psychiatrii i Psychoterapii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, ul. Ziołowa 45/47, 40-635 Katowice, tel.: +48 32 359 80 11, e-mail: beataziarko@poczta.onet.pl

Streszczenie

Autorzy prezentują przypadek pacjentki, która zwróciła się do poradni w celu otrzymania zaświadczenia o zdrowiu psychicznym. Prośbę motywowała koniecznością przedstawienia tego dokumentu w procedurze ubiegania się o przyjęcie do zakonu. Deklarowała brak dotychczasowego leczenia psychiatrycznego. Towarzysząca jej kobieta potwierdziła fakty podane przez pacjentkę. Jednak treści przekazywane przez pacjentkę, tok jej wypowiedzi, ekscentryczny wygląd i determinacja do uzyskania zaświadczenia sugerowały, że lekarz powinien zachować ostrożność. Kobieta zgodziła się na hospitalizację w celu obserwacji stanu psychicznego. W trakcie pobytu pacjentki na oddziale zobiektywizowano wywiad – poszerzono go o informacje uzyskane od jej rodziców i wypisy z przebytych hospitalizacji. Przeprowadzono badanie psychologiczne i neuroobrazowe. Zgromadzone dane i obserwacja w oddziale wskazały na obecność zarówno choroby psychicznej, jak i głębokich deficytów osobowościowych. Opis przypadku potwierdza konieczność zachowania rozwagi przy wystawianiu zaświadczeń o zdrowiu psychicznym. Autorzy podkreślają, że jednostronny wywiad może nie ujawnić prawdziwego obrazu funkcjonowania pacjenta.

Słowa kluczowe: zaburzenie schizotypowe, osobowość borderline, religia, diagnoza, orzecznictwo

Abstract

The authors present a case of a patient who turned to a mental health clinic in order to receive a certificate of mental health. She motivated the request to be a necessary step in the procedure of applying for admission to a religious order. She declared no previous psychiatric treatment and was accompanied by another woman who confirmed the facts stated by the patient. However, the content provided by the patient, the manner of talking, eccentricity in appearance and determination to obtain the certificate called for caution in issuing such an opinion. The patient agreed to proposed hospitalisation for observation of her mental health. During her stay on the ward, the patient was interviewed and the information collected was cross-referenced with information obtained from the patient's parents and from previous hospitalisation reports. Psychological tests and CT scans were carried out. The obtained data and observation of the patient on the ward indicated both the presence of a mental illness and deep deficits in personality. This case confirms the need for exercising prudence in issuing opinions on mental health. It highlights the fact that one-sided objective interview may not reveal the real picture of the patient's mental health.

Key words: schizotypal personality disorder, borderline personality disorder, religion, diagnosis, expert opinion

WPROWADZENIE

Jednym z zadań lekarza psychiatry jest wydawanie zaświadczeń dotyczących stanu zdrowia pacjentów. Zgodnie z art. 40 Kodeksu Etyki Lekarskiej (2014) taką opinię można wydać jedynie na podstawie aktualnego badania lub odpowiedniej dokumentacji. W myśl art. 42 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz.U. 2015 poz. 464) lekarz orzeka o stanie zdrowia po uprzednim zbadaaniu danej osoby, z zastrzeżeniem sytuacji określonych w odrębnych przepisach. Treść dokumentu powinna być zgodna z wiedzą i sumieniem lekarza; nie może być formułowana pod presją ani w celu uzyskania osobistych korzyści (Olejnik, 1995).

Wśród zaświadczeń wydawanych w toku praktyki klinicznej szczególnie trudności stwarzają te, które potwierdzają zdrowie psychiczne. Wykluczenie zaburzeń i chorób psychicznych wymaga bowiem często kilkukrotnego badania psychiatrycznego, a czasami nawet obserwacji w warunkach szpitalnych.

Pacjenci zainteresowani uzyskaniem wtórnych korzyści wynikających z zaświadczeń o zdrowiu psychicznym często dyssymulują objawy psychopatologiczne. Pomocny w rozpoznaniu stanu pacjenta bywa wywiad obiektywny. Co istotne, gwarancję obiektywizmu daje niekiedy dopiero zebra- nie wywiadu od kilku osób.

Autorzy prezentują przypadek 20-letniej kobiety, która zgłosiła się wraz z osobą towarzyszącą do poradni zdrowia psychicznego w celu uzyskania zaświadczenia.

OPIS PRZYPADKU

Kobieta zgłosiła się do psychiatry, by poprosić o zaświadczenie potwierdzające brak choroby psychicznej. Była ubrana w czarny sweter i długą czarną spódnicę – ubiór ten przypominał strój zakonny. Poinformowała, że pragnie wstąpić do Zgromadzenia Sióstr Franciszkanek. Warunkiem przystąpienia do nowicjatu było uzyskanie zgody od proboszcza. Pacjentka nie mogła jej zdobyć, ponieważ „zawistna koleżanka umieściła kłamliwe informacje na portalu internetowym”, a jeden z kleryków zawiadomił o tym fakcie proboszcza. Kobieta podawała, iż ta koleżanka prześladowała ją już od gimnazjum i napisała o niej w internecie, że jest chora psychicznie i że jest już aspirantką w innych zakonach. Pacjentka mówiła: „Ona zawsze mi dokuczała, chyba za to, że jestem adoptowana... Mówiła, że nie nadaję się do ludzi... Kopała mnie i biła, o mało mnie nie spaliła. Mówiłam o tym nauczycielom, ale nie było reakcji większej”. Kobieta nie mogła się pogodzić z tą sytuacją. „Czuję powołanie do życia w zakonie, to jest moje posłannictwo, czuję głos Boga do życia konsekrowanego” – deklarowała. Codziennie odmawiała brewiarz, uczestniczyła w dwóch eucharystiach; wybrała „życie w ubóstwie, jak święta Klara i święty Franciszek”. Twierdziła, że decyzję o zostaniu zakonnicej podjęła w wieku 15 lat. Gdy miała 7–8 lat, „usłyszała głos Jezusa w sercu, który okazał się hasłem przewodnim zakonu,

do którego pragnęła się dostać”. Pacjentka zaprzeczała zarówno objawom choroby psychicznej, jak i wcześniejszemu leczeniu psychiatrycznemu.

Osoba towarzysząca – starsza kobieta – potwierdziła informacje podane przez pacjentkę. Mówiła: „Ona jest uduchowiona, za jej wstawiennictwem dwie osoby zostały uzdrowione z padaczki, praktycznie już jest zakonnicej o niezwyklej sile duchowej, jak święta Faustyna. Wydanie zaświadczenia byłoby właściwie formalnością i dałoby możliwość realizacji jej marzeń o życiu zakonnym”. Zarówno pacjentka, jak i jej opiekunka nalegały na natychmiastowe wydanie zaświadczenia – zwłoka w tym zakresie miała uniemożliwić przyjęcie do wybranego zakonu.

Treści przekazywane przez pacjentkę, tok jej wypowiedzi, ekscentryczny wygląd i determinacja do uzyskania zaświadczenia sugerowały, że lekarz powinien zachować ostrożność. Ze względu na niejasność obrazu klinicznego kobieta została skierowana na obserwację w oddziale całodobowym. Opiekunka i sama zainteresowana niechętnie wyraziły zgodę na przyjęcie do szpitala w celach diagnostycznych.

W trakcie badania przyjęciowego w oddziale klinicznym pacjentka została oceniona jako zorientowana wszechstronnie, w dobrym kontakcie werbalnym, w nastroju i napędzie psychoruchowym w granicach normy, afektywnie dostosowana, ze spójnym tokiem myślenia. W zachowaniu spokojna, dostosowana. Relacjonowała doznania o charakterze ej-detycznym, urojeń nie wypowiadała. Zaprzeczała myślom i tendencjom samobójczym. Sen i apetyt określała jako prawidłowe. Zaplanowano diagnostykę psychologiczną i badania neuroobrazowe.

W szóstym dniu hospitalizacji pojawiła się na oddziale matka pacjentki, która udzieliła lekarzowi prowadzącemu szczegółowego wywiadu.

Rodzice zastępczy adoptowali pacjentkę, kiedy ta była rocznym dzieckiem. Według matki adopcyjnej córka od wielu lat miała problemy psychiczne. W okresie między 14. a 20. rokiem życia była siedmiokrotnie hospitalizowana psychiatrycznie; „spaliła wszystkie karty wypisowe, bo chciała za wszelką cenę utrzymać, że nie jest chora psychicznie i może iść do zakonu”. W wieku 14 lat po raz pierwszy trafiła do szpitala psychiatrycznego w Lublińcu: „Dostała ataku szału, wyładowała się na mnie, bo zabroniłam jej korzystać z internetu”. Przebywała tam dwa miesiące, rozpoznano schizofrenię paranoidalną. „Parę miesięcy później upozorowała swój wypadek – położyła się na jezdni, przewróciła rower, udawała potrąconą przez samochód. Trafiła wtedy na oddział psychiatryczny, rozpoznano zaburzenia zachowania, wykluczając schizofrenię”. Następnie pacjentka przebywała w oddziale leczenia nerwic dla dzieci i młodzieży, gdzie prowokowała wiele sytuacji konfliktowych: „Miała same zatargi z rówieśnikami, napadała na inne dzieci”. Z powodu halucynacji słuchowych kolejne dwa razy trafiła do szpitala psychiatrycznego w Lublińcu. Była także hospitalizowana w oddziale psychiatrii rozwojowej – rozpoznano schizofrenię. Przez następne trzy lata leczyła się w trybie ambulatoryjnym. Zażywała kwetiapinę, kwas walproinowy

i haloperidol. Trzykrotnie podejmowała próby samobójstwa. Pierwszy raz próbowała popełnić samobójstwo, kiedy matka nie pozwoliła jej zwolnić się ze szkoły. Druga próba była reakcją na konflikt z innymi dziećmi w czasie kolonii letnich. Trzecią próbę pacjentka podjęła w szpitalu psychiatrycznym, po zaprzestaniu przyjmowania leków. Doznawała wtedy halucynacji imperatywnych, żeby kogoś zabić. Po częściowej poprawie stanu psychicznego wypisała się na własne żądanie. Według matki „z córką od zawsze były problemy”. W przedszkolu zaczęła dzieci, darła ich rysunki, wszczyłała bójkę i wyzywała kolegów. Na basenie spychała innych do wody, żeby zwrócić uwagę na siebie. „Kiedy rozmawiałam z kimś innym, córka przychodziła do pokoju i gasiła światło” – relacjonowała matka adopcyjna.

Między rodzicami adopcyjnymi istniał konflikt: mąż oskarżał żonę, że „robi z córki wariatkę”. Po rozwodzie, który nastąpił około pół roku przed obecną hospitalizacją, pacjentka zamieszkała z ojcem, a matce założyła niebieską kartę. Twierdziła, iż matka znęcała się nad nią i zmuszała ją do przyjmowania leków psychotropowych. Po pewnym czasie pacjentka skonfliktowała się również z ojcem – wezwwała policję, oskarżyła go o uzależnienie od alkoholu.

Matka zaprzeczyła temu, jakoby córka od zawsze czuła powołanie do życia konsekrowanego: „Nigdy wcześniej nie mówiła o głosie Boga w sercu, który miała usłyszeć w wieku 7 lat... Nie dostała też albumu o zakonach w Polsce, gdy miała 13 lat. To jest jej wymysł sprzed 2–3 lat. Ostatnio chodzi w stroju zakonnicy, odprawia jakieś modły, pali świece, ma pełno krzyży. Teraz jest ze mną skłócona, bo uważa, że chcę jej zniszczyć życie, robiąc z niej wariatkę i tym samym uniemożliwiając przyjęcie do zakonu... Z tego, co wiem, oni jej w tym zakonie nie chcą, bo uważają, że jest chora psychicznie”.

Po wizycie matki w szpitalu badana stała się niespokojna. Twierdziła, iż matka ją prześladuje i robi wszystko, żeby nie pozwolić jej na wstąpienie do zakonu. Opowiadała, że kiedyś śledziła matkę, która pojechała do szpitala psychiatrycznego udzielić fałszywego wywiadu odnośnie do jej rzekomej choroby psychicznej. Zdaniem pacjentki matka potrafiła wzbudzić zaufanie i przekonać lekarzy do swoich racji.

Ze względu na sprzeczne dane z wywiadu poproszono szpitale psychiatryczne wymienione przez matkę adopcyjną o udzielenie informacji, czy badana rzeczywiście w nich przebywała. Wkrótce uzyskano informacje z czterech ośrodków, które potwierdziły łącznie siedem hospitalizacji i jeden pobyt w ośrodku leczenia nerwic. U pacjentki rozpoznawano schizofrenię paranoidalną, zespół paranoidalny, zaburzenia adaptacyjne z zaburzeniami zachowania i emocji, schizofrenię paranoidalną z przewagą objawów negatywnych. Raz nie ukończono obserwacji stanu psychicznego.

Przeprowadzono także rozmowę z adopcyjnym ojcem. Ten zbagatelizował problemy psychiczne córki, ale potwierdził, że kilka razy była w szpitalach psychiatrycznych. „Nie wiem, co tam jej stwierdzali, dokumentów nie

potrafię znaleźć...” – mówił. Ojciec adopcyjny pacjentki, nadużywający alkoholu, podczas rozmowy bardziej skupiał się na swoich trudnościach finansowych niż na opisie zachowań badanej i relacjach z nią. Twierdził jednak, że zainteresowanie zakonem trwało u niej od dwóch lat, „wcześniej nic takiego nie mówiła”.

Zgłosiła się do szpitala również starsza znajoma pacjentki, z którą ta wcześniej przybyła do poradni zdrowia psychicznego. Kobieta poinformowała: „Zastępuję jej matkę, odkąd ta ją opuściła i się nią nie interesuje. Matka adopcyjna mści się za to, że córka założyła jej niebieską kartę”. Mówiła, że zna pacjentkę od pół roku, spotkały się w kościele. Starsza kobieta relacjonowała: „Ona modli się już jak zakonnica, robi to specjalnie, nie jak normalni ludzie. Ona się tego nie wstydi, rozkłada ręce, doznaje objawień, to znaczy doznawała tak zwanego spoczynku w Duchu Świętym. Ona jest predysponowana. Gdy się modli, to upada na ziemię, nic sobie nie robi, nic nie pamięta, ale jej dusza obcuje z Bogiem. Ona ma wizję”.

Konfrontowana z informacjami zawartymi w dokumentacji medycznej z hospitalizacji, m.in. na temat pseudohalucynacji imperatywnych, pacjentka odpowiadała: „To matka każała mi tak mówić”. Nie potrafiła jednak podać rozsądnego wytłumaczenia, dlaczego miałyby się tak dziać.

Obserwacja pacjentki w oddziale wskazywała na niespójność zachowań. Badana z jednej strony utrzymywała wizerunek zakonnicy (styl ubierania się, wielokrotne odmawianie modlitw w ciągu dnia), z drugiej nie zważała na potrzeby innych pacjentów, interpretowała ich zachowania jako wrogie: „Panie z sali nie odzywają się do mnie, przeszkadzają mi w nocy spać”. Podczas społeczności terapeutycznej na uwagi o swoim zachowaniu reagowała oburzeniem i rozdrażnieniem; ostentacyjnie opuszczała grupę.

W badaniach psychologicznych (WAIS-R, MMPI-2, SCID-II, wywiad) stwierdzono niższy od przeciętnego poziom intelektualny (IQ 82), zaburzenie struktury osobowości borderline i cechy zaburzenia schizotypowego. W podsumowaniu badania psychologicznego stwierdzono: „Pacjentka przejawia niestabilne poczucie tożsamości oraz trudność funkcjonowania w relacjach ze skłonnością do idealizacji i dewaluacji. Przejawia zachowania typu *acting-out*, wybuchy złości, po których następuje wzmożone poczucie winy. Obiektywny wywiad wskazuje na zaburzenia zachowania w dzieciństwie, podejmowanie prób samobójczych oraz pozorowanie wypadków prowadzących do hospitalizacji i uzyskania uwagi matki adopcyjnej. Widoczne są również zachowania dziwaczno-ekscentryczne i cechy myślenia magicznego. Usilne dążenie do życia zakonnego związane jest z potrzebą stworzenia tożsamości i uzyskania nowej, idealnej rodziny. Zakon stanowi również dla badanej ucieczkę od trudności w radzeniu sobie w relacjach z ludźmi oraz z codziennymi obowiązkami, w tym z podjęciem i utrzymaniem pracy zarobkowej”.

W codziennej obserwacji w oddziale również stwierdzano ekscentryczne zachowanie, niezwykle styl ubierania się

(strój wzorowany na zakonnym), słaby kontakt z innymi oraz nastawienia prześladowcze.

W związku z niższym niż przeciętny poziomem intelektualnym i deficytem obserwującego ego badana miała osłabiony wgląd we własne funkcjonowanie. Deficyt w myśleniu symbolicznym i abstrakcyjnym oraz trudność w rozumieniu społecznych norm i zachowań wskazywały na nikłe szanse na uzyskanie poprawy wskutek psychoterapii. Badana nie przejawiała motywacji do pracy nad sobą i odrzucała perspektywę uzyskania pomocy w kontakcie indywidualnym, nawet z osobą duchowną. Zalecono więc podjęcie leczenia w ośrodku socjoterapeutycznym.

Przeprowadzono rozmowę, w trakcie której przekazano pacjentce informację o diagnozie i proponowanych możliwościach dalszej terapii. Badana dopytywała jedynie o możliwość pójścia do zakonu. Na informację, że nie uzyska zaświadczenia o zdrowiu psychicznym, zareagowała impulsywnie, uderzając pięścią w stół. „Ja chcę do zakonu i koniecznie!” – deklarowała. Po dwóch dniach przyznała się do zatajenia prawdy i przepraszała za kłamstwa: „Ja wiem, że źle zrobiłam, zawiodłam wszystkich, ale to dlatego, że chciałam dostać się do zakonu”.

Po 27-dniowej obserwacji pacjentka opuściła oddział z rozpoznaniem zaburzeń schizotypowych i osobowości chwiejnej emocjonalnie.

OMÓWIENIE

Pacjentka nie uzyskała zaświadczenia o braku objawów choroby psychicznej i musiała się zmierzyć z koniecznością zmiany planów życiowych. Zgodnie z kanonem 642 Kodeksu Prawa Kanonicznego (rozdział dotyczący przyjęcia do nowicjatu) „przełożeni winni przyjmować tylko tych, którzy, oprócz wymaganego wieku, mają zdrowie, odpowiedni charakter, wystarczające przymioty dojrzałości, konieczne do podjęcia życia właściwego danemu instytutowi”. Opisywana pacjentka przejawiała zaburzenia z kręgu schizofrenii i prezentowała cechy osobowości borderline (Klasyfikacja ICD-10, 1997).

Wyniki badań przeprowadzonych przez L.M. Rullę, jezuitę, wskazują, że u około 60–80% kandydatów motywacja powołaniowa jest nacechowana postawami w służbie podświadomym potrzebom (Rulla *et al.*, 1976). Wyjątkową rolę odgrywają tu aspekty takie jak agresja, poniżanie się czy usprawiedliwianie. Podświadoma motywacja kandydatów pragnących wstąpić do seminarium lub zakonu skupia się również na idealizowaniu cech własnej osobowości oraz instytucji seminaryjnych i klasztornych. U tych osób obserwuje się niski stopień realizmu w podejmowaniu decyzji o kapłaństwie i życiu zakonnym (Połuszny, 1998). W omawianym przypadku widać i brak realizmu, i potrzebę idealizacji. Pacjentka kłamie, manipuluje, wchodzi w konflikty,

a jednocześnie przedstawia samą siebie jako osobę niezwykle uduchowioną, wybraną przez Boga, przeznaczoną do życia w idealizowanym miejscu – zakonie. Wpisuje się to w niestabilność poczucia własnej tożsamości, charakterystyczną dla osób borderline (McWilliams, 2009); poszukują one ludzi, miejsc lub instytucji, dzięki którym uzyskają substytut tożsamości (Millon i Davis, 2005). W tym kontekście zrozumiałe jest bezkompromisowe dążenie pacjentki do uzyskania zaświadczenia o zdrowiu psychicznym, warunkującego realizację celu. Badana, jako dziecko adopcyjne, mogła nieświadomie szukać przynależności – więzi, którą pierwotnie zapewnia matka biologiczna. Analogicznym obiektem miała się stać matka przełożona w zakonie.

Udzielanie specjalistom nieprawdziwych informacji w celu otrzymania zaświadczenia wynika zwykle z chęci uzyskania konkretnych wtórnych korzyści, takich jak renta, opinia o zdolności do pracy czy uniknięcie odpowiedzialności karnej. W opisanym przypadku pragnienie uzyskania zaświadczenia brało się z nieświadomych deficytów osobowościowych. Trzymanie się zasad etyki, nieuleganie naciskom i współpraca zespołu klinicznego odsłoniły psychopatologiczne mechanizmy żądania pacjentki.

Wywiad obiektywny, szczególnie w przypadku pacjentów dysymulujących, stanowi cenne źródło informacji. Jak jednak pokazuje opisywany przypadek, nie zawsze to wystarczy – niekiedy dopiero pogłębiona diagnostyka i wielokierunkowy wywiad wraz z obserwacją w oddziale umożliwiają postawienie prawidłowej diagnozy.

Konflikt interesów

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

Piśmiennictwo

- Kodeks Etyki Lekarskiej. Naczelna Izba Lekarska, Warszawa 2014.
 Kodeks Prawa Kanonicznego. Pallottinum, Poznań 2008.
 McWilliams N: Diagnostyka psychoanalityczna. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2009.
 Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków–Warszawa 1997.
 Millon T, Davis R: Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie. Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 2005.
 Olejnik S: Etyka lekarska. Wydawnictwo Unia, Katowice 1995.
 Połuszny H: Psychiczne uwarunkowania kandydatów do kapłaństwa i życia zakonnego. Studia Włocławskie 1998; 1: 179–193.
 Rulla LM, Ridick J, Imoda F: Entering and Leaving Vocation: Intrapsychic Dynamics. Gregorian University Press, Rome 1976.
 Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza, Dz.U. 2015 poz. 464.