

Indukowane zaburzenie urojeniowe jako konsekwencja przynależności do sekty u pacjentki z zaburzeniem schizotypowym

Induced delusional disorder resulting from belonging to a sect in a female patient with schizotypal disorder

Maja Stańko-Kaczmarek, Magdalena Łabędzka, Janusz Rybakowski

Klinika Psychiatrii Dorosłych, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Neuropsychiatria i Neuropsychologia 2016; 11, 3: 106–113

Adres do korespondencji:

dr Maja Stańko-Kaczmarek
Klinika Psychiatrii Dorosłych
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego
ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań
e-mail: maja.stanko@wp.pl

Streszczenie

W artykule opisano przypadek indukowanych zaburzeń urojeniowych u 23-letniej pacjentki ze współistniejącym zaburzeniem schizotypowym. U chorej od okresu dojrzenia obserwowano dziwaczne przekonania, niezrozumiałe zainteresowania, a także ograniczony afekt i wycofanie społeczne. Po związaniu się z grupą o charakterze wyznaniowym, realizującą specyficzne wierzenia i praktyki, u chorej wystąpiły nasilone objawy psychotyczne. Analiza sytuacji życiowej i przebiegu choroby stanowiła podstawę do rozpoznania indukowanych zaburzeń urojeniowych. Po przyjęciu do kliniki, zastosowaniu leczenia przeciwpsychotycznego oraz izolacji od grupy prawdopodobnie odpowiedzialnej za indukcję objawów psychotycznych uzyskano zdecydowaną poprawę stanu psychicznego. Po ponad roku od zakończonej hospitalizacji pacjentka prezentowała krytycyzm wobec zaburzeń psychotycznych oraz deklarowała zdecydowaną poprawę nastroju i ogólnego funkcjonowania. Obserwacje te były potwierdzane przez rodzinę pacjentki. Chora ukończyła studia, obroniła pracę magisterską i planowała realizację swoich dalszych planów zawodowych.

Słowa kluczowe: sekta, psychomanipulacja, indukowane zaburzenie urojeniowe.

Wstęp

Rozwój sekt, niektórych nowych ruchów religijnych i organizacji stosujących psychomanipulację niesie ze sobą zagrożenia dla psychicznego, fizycznego i społecznego funkcjonowania osób zaangażowanych w ich działalność, a także dla byłych członków oraz osób potencjalnie zagrożonych werbunkiem. W związku z tym istnieje realny problem udzielania profesjonalnej pomocy

Abstract

The article presents a case of induced delusional disorder in a 23-year-old female patient with coexistent schizotypal disorder. In the patient, bizarre beliefs, strange interests as well as blunted affect and social withdrawal have been observed since adolescence. After becoming involved with a religious group, the patient developed intense delusions. Analysis of the patient's life situation and the course of illness allowed induced delusional disorder to be diagnosed. After admission to an inpatient clinic, antipsychotic treatment was introduced, and the patient was isolated from the group. It resulted in a significant improvement of psychiatric status. After more than a year following hospitalization, the patient presented criticism of previous psychotic disturbances and declared a definite improvement in mood and overall functioning. These observations were confirmed by the family of the patient. The patient finished her studies, defended her master's thesis and planned to pursue her further professional career plans.

Key words: sect, psychomanipulation, induced delusional disorder.

ludziom mającym kontakt z tego typu grupami społecznymi (Pietraszczyk-Kędziora 2005). Jak wynika z „Raportu o niektórych zjawiskach związanych z działalnością sekt w Polsce” z 2000 r., przyczynami zaangażowania w działalność sekt są: manipulacyjne działania grupy (tj. dezinformacja, perswazja, szantaż emocjonalny, ukryty system kar i nagród, wpływ autorytetów) oraz trwała lub tymczasowa podatność osobista potencjalnych członków. Podatność trwała jest

związana z cechami osobowości, natomiast podatność przemijająca wiąże się z etapem rozwoju psychofizycznego lub z kryzysowymi sytuacjami życiowymi.

Przemijające czynniki ryzyka mogą wystąpić w życiu każdej osoby. Poprzez okresowe zmiany w funkcjonowaniu psychicznym zwiększają podatność na oddziaływanie organizacji psychomanipulacyjnych. Najbardziej narażone są osoby w okresie wczesnej dorosłości, uczące się lub starające o pracę, bez rodziny i zobowiązań. Ten etap wiąże się bowiem z większą aktywnością społeczną, poszukiwaniem swojej drogi życiowej, realizacją pomysłów, entuzjazmem i zaangażowaniem w różne inicjatywy. Drugim okresem zwiększonej wrażliwości na psychomanipulację jest wiek średniej dorosłości, w szczególności moment kryzysu środka życia. W tym czasie występuje tendencja do wprowadzania istotnych zmian w dotychczasowym życiu, np. w postaci poszukiwania dodatkowych możliwości rozwoju, uczestnictwa w kursach i warsztatach. Ostatnią grupą narażoną na werbunek organizacji psychomanipulacyjnych są osoby starsze, które doświadczając zainteresowania i wsparcia ze strony członków jakiejś grupy, mogą zostać przekonane do tego typu inicjatyw. Czynniki ryzyka o charakterze przemijającym przyjmują również postać zdarzeń kryzysowych, będących źródłem dużego stresu. Wśród nich są: śmierć bliskiej osoby, zawód miłosny, szeroko rozumiane doświadczenie straty (np. pracy, zdrowia) czy też istotna zmiana życiowa, tj. przeprowadzka do nowego miasta. W trakcie tego typu doświadczeń utrudniona jest adekwatna, racjonalna i krytyczna ocena działań grupy, a jednocześnie występuje zwiększone zapotrzebowanie na wsparcie emocjonalne oraz instrumentalne otrzymywane od jej członków (www.psychomanipulacja.pl).

Do stałych czynników podatności należą predyspozycje osobowościowe oraz sytuacja rodzinna. Rola środowiska rodzinnego w podejmowaniu działalności w ramach sekt jest trudna do określenia z tego względu, że modele rodzinne członków sekt okazują się niezwykle zróżnicowane. Rodziny mogą być dysfunkcyjne, ale są również niedotknięte w żaden sposób patologią. Szczególnie ważna jest komunikacja między rodzicami a dziećmi oraz wzajemne zainteresowanie. Pozwala to dostrzec pierwsze sygnały zmian u dziecka pojawiające się pod wpływem przystąpienia do grupy, a następnie na szybką reakcję.

Jak wynika z badań, bardziej skłonne do wstępowania do sekt są osoby osobowościowo predysponowane do występowania psychozy lub

okresowo mające objawy psychotyczne (Dalgarrondo i Lotz 1993; Pietraszczyk-Kędziora 2005). Szacuje się, że 30–50% osób zaangażowanych w działalność grup psychomanipulacyjnych przejawia zaburzenia psychiczne o zróżnicowanym stopniu ciężkości przed rozpoczęciem działalności w organizacji (Marzański i Wojnar 1993; Kuncewicz 1998). Przypuszcza się, że w związku z charakterem działań sekt i technik psychomanipulacyjnych zaangażowaniu w tego typu ruchy mogą sprzyjać cechy schizotypowe. Uznaje się nawet, że przystępowanie do sekt, których członkowie są entuzjastycznie do siebie nastawieni, niesie ze sobą pewne korzyści, ponieważ może krótkotrwale odgrywać rolę „pomocową”, redukując symptomy wcześniejszych trudności psychicznych. Efekt ten może polegać również na maskowaniu objawów lub ich wykorzystywaniu przez działania w grupie, ponieważ mają one charakter spójny z aktywnością pozostałych członków sekty (Pietraszczyk-Kędziora 2005).

W niniejszym doniesieniu przedstawiono przypadek pacjentki, u której w trakcie uczestnictwa w działalności sekty wystąpił zespół urojeniowy.

Opis przypadku

Pacjentka, 23 lata, została przyjęta do Kliniki Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego. Karetkę do domu pacjentki wezwała policja z powodu narastającej dysforii z towarzyszącymi zachowaniami agresywnymi wobec rodziców. Z obserwacji zachowań pacjentki dokonanych przez jej rodziców oraz dostarczonych przez nich i policję materiałów, tj. wydruki z komputera, publikacje, artykuły, materiały, teksty „modlitw” (mantr), rysunki, wynikało, że pacjentka od pewnego czasu (wyjazd z domu, początek studiów) zaangażowana była w działalność grupy destrukcyjnej o charakterze milenarystycznym, oczekującej rychłego końca świata, „przejścia”, oraz „wybuchów na Słońcu skutkujących globalnym kataklizmem energetycznym na Ziemi”.

Obraz psychopatologiczny pacjentki przedstawiany przez rodziców pacjentki i policję był niejasny, dlatego zalecono pilną konsultację pacjentki w psychiatrycznej izbie przyjęć. Przy przyjęciu pacjentka była spokojna, w pełni zorientowana, w dobrym kontakcie słownym. Miała obojętny nastrój, afekt słabo modulowany. Zaprzeczała myślom i zamiarom samobójczym. Na pytania odpowiadała po namyśle,

nie zawsze w płaszczyźnie pytań. Twierdziła, że zbliża się koniec świata, do którego musi się przygotować. Wiele wskazywało na to, że u pacjentki może się toczyć proces psychotyczny i istniało wysokie ryzyko podjęcia przez nią próby samobójczej.

Pacjentka jest jedynym dzieckiem w rodzinie, nie była do tej pory leczona psychiatrycznie, nie sprawiała problemów wychowawczych. Matka pacjentki podała, że córka w dzieciństwie korzystała z pomocy psychologicznej z powodu zaburzeń lękowych. Wywiad rodzinny dotyczący chorób psychicznych, uzależnień oraz samobójstw był nieobciążony. Od kilku miesięcy rodzice zauważyli istotne zmiany w zachowaniu córki – stała się przygnębiona, smutna, zaczęła kłamać, choć wcześniej nie miała tego w zwyczaju. Twierdziła, że toczy się walka o świat i niedługo zapadną ciemności, ale ona jest „wybrana” (nazywała się Chrystusem) i zostanie ocalona razem z wąską grupą osób. Pacjentka opowiadała, że na nadchodzący globalny kataklizm należy się szczególnie przygotować – zaopatrzyć w zapasy jedzenia, generator prądu itp., bo „gdy zapadną ciemności, odbędzie się sąd nad światem, ocaleją tylko wybrani i zapanuje wreszcie porządek i dobroć”. Zaczęła również stosować restrykcyjną dietę, którą uzasadniała tzw. zdrowym odżywianiem – nie jadła cukrów prostych, mięsa, tłuszczów. W wyniku restrykcji kalorycznej spożywanych pokarmów doszło do znacznej utraty masy ciała (do 35 kg przy wzroście 160 cm, BMI = 13,7 kg/m²).

Pacjentka była studentką II roku studiów uzupełniających magisterskich na kierunku filologicznym na uniwersytecie. Kilka dni przed przyjęciem do szpitala złożyła w dziekanacie wniosek o urlop dziekański, który został rozpatrzony pozytywnie. Powody wzięcia urlopu dziekańskiego przedstawiane przez pacjentkę były sprzeczne, od ogólnego zmęczenia, „wyczerpania nauką”, bólów stawów kończyn dolnych po chęć odpowiedniego przygotowania się na zbliżające się „czasy ostateczne”, „globalny kataklizm energetyczny” czy „koniec świata”. Z informacji uzyskanych od rodziców pacjentki wynikało, że planuje ona wyjazd wraz z grupą osób w celu przygotowania się do końca świata, co wzbudziło ich szczególny niepokój. Pacjentka w ostatnich dniach przed przyjęciem zdradzała zachowania, które mogły świadczyć o chęci pożegnania się z rodzicami, zostawiła im także list pożegnalny w postaci kartki walentynkowej. Istniało przypuszczenie, że członkowie grupy mogą się przygotowywać do „rytuału przejścia” poprzez popełnienie tzw. zbiorowego samobójstwa.

W trakcie hospitalizacji pacjentka była spokojna, fasadowo podporządkowana i dostosowana społecznie. Kontakt z pacjentką był dobry, stopniowo w rozmowach z psychiatrą i psychologiem zaczęła ujawniać urojenia będące wyrazem poglądów głoszonych przez grupę milenarystyczną, stanowiących pozornie spójny system wierzeń i przekonań. U pacjentki nie dochodziło do istotnych wahań nastroju, aczkolwiek bywały momenty, w których była napięta i rozdrażniona, szczególnie bezpośrednio po kontaktach z członkami grupy bądź w trakcie deprecjonowania przez zespół terapeutyczny systemu urojeniowego. Podczas pobytu dostrzeżono, że pacjentka znajduje się pod szczególnym wpływem jednego z przywódców grupy – lidera, który jednokrotnie odwiedził ją w szpitalu i jednocześnie przedstawił jako jej narzeczony, nawiązując intymny kontakt fizyczny. Próbował on nakłonić pacjentkę do opuszczenia oddziału i zerwania kontaktu z najbliższymi, motywując to ich złym wpływem na jej kondycję psychiczną i rzekomym pozytywnym wpływem własnym na jej życie. Pacjentka bardzo emocjonalnie zareagowała na opuszczenie przez niego oddziału po kategorycznej prośbie ze strony rodziców i personelu.

Podczas rozmów z psychologiem pacjentka deklarowała gotowość do współpracy i udziału w procedurze badania diagnostycznego. Podkreślała przy tym nadzieję, że poddanie się diagnozie pomoże jej udowodnić, że jest osobą zdrową i nie ma problemów natury psychicznej. W trakcie rozmów wykazywała znaczne zdystansowanie w kontakcie, udzielała ogólnikowych odpowiedzi, uważnie dobierała treści. W pierwszych tygodniach hospitalizacji pacjentka sama nie inicjowała rozmowy poza powtarzającymi się pytaniami o termin zakończenia hospitalizacji. Przyczyn hospitalizacji upatrywała w problemach z rodzicami, tzn. odczuwanej nadmiernej kontroli i braku zaufania. Poza tym nie zgłaszała żadnych trudności czy problemów życiowych, a także negowała potrzebę wprowadzenia jakichkolwiek zmian w życiu czy pracy nad jakimiś problemami.

Zgodnie z obserwacjami podczas większości spotkań pacjentka była spokojna, siedziała nieruchomo i nie okazywała żadnych emocji. Kontakt z pacjentką można określić jako powierzchniowy. Wyjątek stanowiło spotkanie, kiedy sama poprosiła o rozmowę bezpośrednio po silnym konflikcie pomiędzy rodzicami pacjentki a pacjentką i odwiedzającym ją ponaddwukrotnie starszym mężczyzną, nazywanym przez pacjentkę „narzeczonym”. Przez rodziców

i policję mężczyzna był określany jako jeden z przywódców sekty. Pacjentka ujawniła wtedy bardzo silne emocje, a jako powód negatywnych przeżyć podawała brak akceptacji rodziców dla jej „partnera” i jej planów życiowych z nim związanych. Nie chciała jednak ujawnić szczegółów tych planów. Co istotne, na spotkanie z psychologiem pacjentka przyniosła wydruk tekstu z internetu na temat wybuchów na Słońcu w celu wykazania naukowego charakteru problemów, którymi zajmuje się „grupa jej znajomych”. W ten sposób pacjentka jedyny raz w trakcie całej hospitalizacji samodzielnie ujawniła treści nawiązujące do przekonań członków sekty. W tamtym momencie nie przejawiała żadnego krytycyzmu wobec prezentowanych przekonań ani refleksji na temat motywów postępowania zarówno rodziców, jak i „partnera”.

W badaniu psychologicznym dokonano oceny poznawczego i emocjonalno-motywacyjnego funkcjonowania pacjentki. W tym celu, poza rozmową i obserwacją, zastosowano następujące metody diagnostyczne: eksperymenty kliniczne, Skalę inteligencji Wechslera dla dorosłych WAIS(R)-PL, Test sortowania kart z Wisconsin, Test łączenia punktów, próbę uczenia, Test pamięci wzrokowej Bentona, Inwentarz osobowości MMPI, Test zdań niedokończonych. Przeprowadzone eksperymenty kliniczne wykazały prawidłowy przebieg myślenia pod względem formalnym, a także zachowaną zdolność do abstrahowania i symbolizacji. Funkcjonowanie intelektualne pacjentki znajduje się na poziomie przeciętnym. Widoczna była nieharmonijność profilu. Wystąpiły istotne różnice między skalą słowną a bezsłowną, a także bezsłowną a skalą pełną. Najniżej plasowały się wyniki w skali bezsłownej.

Rozumienie werbalne, organizacja percepcyjna, pamięć i odporność na dystraktory znalazły się na poziomie przeciętnym. Na tym poziomie były również: wiedza o charakterze szkolnym, rozumienie pojęć, myślenie, rozumienie norm społecznych i zastosowanie wiedzy w sytuacjach społecznych oraz organizacja percepcyjna i zdolność do syntezy i analizy przestrzennej. Sprawność funkcji wykonawczych była zachowana. Z kolei na poziomie poniżej przeciętnej znajdowała się pamięć operacyjna, koordynacja wzrokowo-ruchowa i fluencja słowna. Występowały persewacje. Widoczne były trudności w zakresie pamięci operacyjnej, pamięci odroczonej i pamięci wzrokowej. Mogły one być związane z fluktuacją uwagi. Zdolność uczenia się nowych informacji była zachowana, proces ten mógł być jednak nieco utrudniony przez wahania

uwagi oraz zakłócający wpływ doświadczanych emocji. Widoczne były wahania w wynikach różnych testów badających te same funkcje, co również może wskazywać na niestabilność procesów uwagi. Podczas badania zaobserwowano, że niektóre treści występujące w zadaniach testowych wiązały się z rozkojarzeniem oraz czasowym spowolnieniem w udzieleniu odpowiedzi. Istnieje prawdopodobieństwo, że w tych sytuacjach uruchamiany był u pacjentki ciąg skojarzeń z treściami psychotycznymi lub treściami związanymi z funkcjonowaniem sekty.

Interpretacja wyników badania cech osobowości pacjentki była utrudniona ze względu na występującą skłonność do zaprzeczania oraz dokonywanie zmian treści wypowiedzi, które mogą świadczyć o obronnym podejściu. Istnieją podstawy do wnioskowania o występowaniu chęci pozytywnej autoprezentacji u pacjentki i ukazania siebie w lepszym świetle. W związku z tym do wyników należy podejść z ostrożnością, ponieważ mogą być w pewnym stopniu zniekształcone. Wyniki w poszczególnych skalach utrzymywały się w obszarze normy. Jest to zgodne z wcześniejszymi badaniami innych autorów, w których wyniki testu osobowości MMPI 380 byłych wyznawców ruchów kultowych mieściły się w normie i były porównywalne (a nawet nieco lepsze) od wyników otrzymanych w grupie studentów (Kuner 1984).

Pomimo prezentacji siebie jako osoby dobrze funkcjonującej z przeprowadzonego badania wynika, że pacjentka prawdopodobnie przejawia różnego typu skargi somatyczne na skutek negatywnych doświadczeń emocjonalnych i wydarzeń stresowych. Są one związane z pewną niedojrzałością emocjonalną. Pacjentka może mieć trudności w zaakceptowaniu innych poglądów niż własne, wykazuje wysokie wymagania wobec otoczenia i znaczną wrażliwość na krytykę. Ma tendencje do wyrażania złości w sposób pośredni, np. bierną agresją, szczególnie w zakresie emocji przeżywanych w stosunku do rodziny. Zewnętrznie pacjentka może się prezentować jako osoba uległa i konformistyczna, a wewnętrznie doświadczać silnego buntu i niezgody wobec najbliższych. Cechami charakterystycznymi pacjentki są nieśmiałość i bojaźliwość, związane z obniżoną wiarą w siebie. Wiele kontaktów z ludźmi może mieć u niej charakter powierzchowny. Relacje z płcią przeciwną mogą stanowić dla niej trudność również w związku z nie w pełni rozwiniętym popędem seksualnym. Może myśleć w sposób niekonwencjonalny, ale jednocześnie być podatna na wpływy. W badaniu uwidoczniły się trudności

z krytycznym myśleniem na temat własnych wartości, przekonań i zachowań. Stosowanymi mechanizmami obronnymi są najprawdopodobniej wyparcie, projekcja i racjonalizacja.

Podczas analizy historii życiowej pacjentki zaobserwowano dużą ostrożność w wypowiedziach, ukrywanie istotnych szczegółów z życia osobistego i korygowanie udzielonych pierwotnie wypowiedzi. Wśród najważniejszych wydarzeń życiowych wymienianych przez pacjentkę nie pojawiło się poznanie grupy. Jednak po pytaniu o te znajomości pacjentka odpowiedziała o ich wspólnych zainteresowaniach związanych z działaniami zdrowotnymi oraz „wybuchami na Słońcu”. Pacjentka wspomniała o istotnej przemianie w okresie dojrzewania, kiedy zaczęła doznawać wielu fizycznych dolegliwości. Wtedy doszło również do „przełomu”, kiedy po przeczytaniu książki pt. „Alchemia” pacjentka „poczuła bezpośrednią siłę Boga” i – jak deklarowała – to poczucie towarzyszyło jej do dnia rozmowy. Pacjentka miała tendencję do analizowania treści dotyczących zjawisk paranormalnych, mających znamiona urojeniowych, które pociągają za sobą określone działania. Jednocześnie nie było oznak żadnego krytycyzmu wobec tych treści. Utrudniało to adekwatne funkcjonowanie pacjentki w życiu codziennym i wpływało na podejmowanie ryzykownych decyzji, determinujących przebieg jej przyszłego życia. Za zasoby psychologiczne pacjentki można uznać zdolność do znacznego zaangażowania w ważne dla niej sprawy i dążenie do wyznaczonych celów, a także zgłębianie zainteresowań, które mogły jednak sprzyjać nadmiernemu zaangażowaniu w działania sekty. Pacjentka przyznała się do wytrwałej i rzetelnej realizacji określonych zadań oraz odległych celów, jak mówiła – „z szacunku do siebie i innych ludzi”.

W trakcie hospitalizacji stosowano leczenie neuroleptykami: olanzapiną w dawce do 10 mg na dobę i haloperidolem w dawce do 5 mg na dobę, oraz doraźnie leczenie anksjolityczne klonazepamem w dawce do 2 mg na dobę i diazepamem w dawce do 5 mg na dobę. Pacjentka dobrze tolerowała leczenie farmakologiczne. W wyniku stosowanego leczenia farmakologicznego i oddziaływań psychoterapeutycznych uzyskano poprawę stanu psychicznego i funkcjonowania pacjentki, która uzasadniała skierowanie do dalszego leczenia w trybie ambulatoryjnym. Pacjentka uzyskiwała częściowy krytycyzm wobec prezentowanego przez nią wcześniej systemu urojeniowego. Została wypisana do domu w wyrównanym nastroju i napędzie psychoruchowym, w nieznacznie spłyconym

afekcie, bez ostrych objawów psychotycznych, bez myśli i zamiarów suicydalnych.

Po opuszczeniu szpitala pacjentka została objęta opieką poradni przyklinicznej. Na wizyty zgłaszała się nieregularnie, w towarzystwie rodziców. Z informacji uzyskanych od pacjentki i rodziców na wizytach kontrolnych odbywających się średnio co 2 miesiące wynikało, że pacjentka jest pod stałą opieką psychologiczną i regularnie przyjmuje lek psychotropowy, olanzapinę, w dawce 5 mg na dobę, przepisywany jej przez lekarza pierwszego kontaktu. Na wizycie kontrolnej pacjentka przedstawiała się jako osoba pogodna, w wyrównanym nastroju, żywo reagująca emocjonalnie. Nie prezentowała objawów psychotycznych, negowała myśli i zamiary suicydalne. Zaprzeczała jakimkolwiek kontaktom z członkami sekty. Samą sytuację przynależności do grupy opisywała jako „dziwny sen”, choć wspominała, że czasami zastanawia się, co się dzieje z ludźmi, których poznała w sekcie. Opowiadała, że udało jej się zdać wszystkie egzaminy na studiach filologicznych i jest w trakcie kończenia pisanie pracy magisterskiej. Odbywała właśnie staż szkoleniowy w przedszkolu. Niespełna rok po przyjęciu do szpitala psychiatrycznego poinformowała lekarza prowadzącego, że obroniła pracę magisterską na ocenę bardzo dobrą i że „czuje się świetnie i jest bardzo wdzięczna za pomoc”. Po ponad roku od wypisania ze szpitala pacjentka i jej rodzina w trakcie kolejnej wizyty kontrolnej w poradni przyklinicznej potwierdzają dobre funkcjonowanie społeczne i zawodowe. Pacjentka zaprezentowała się w trakcie spotkania jako osoba bardzo pogodna i żywa emocjonalnie, z pasją opowiadała o planach na przyszłość oraz o chęci kontynuowania edukacji na studiach III stopnia. Nie chciała rozmawiać o czasie, który jak mówi, „straciła w sekcie”.

Omówienie

Na podstawie zebranego wywiadu na temat historii funkcjonowania pacjentki oraz tymczasowych okoliczności życiowych, obserwacji na oddziale i wyników badań psychologicznych pacjentki postawiono diagnozę indukowanego zaburzenia urojeniowego oraz zaburzenia schizotypowego, stanowiącego czynnik sprzyjający rozwojowi indukowanego zaburzenia urojeniowego po przystąpieniu do sekty.

Indukowane zaburzenie urojeniowe (*folie à deux*) występuje w przypadku urojeń podzielanych przez osoby, które są ze sobą silnie związane emocjonalnie. Jedna z osób (lub więcej pozo-

stających w relacji) cierpi z powodu rzeczywistych, pierwotnych zaburzeń psychotycznych (najczęściej w postaci schizofrenii i zaburzeń urojeniowych), natomiast u drugiej osoby (lub pozostałych osób) treści urojeniowe rozwijają się na skutek intensywnego kontaktu z osobą zaburzoną i mają charakter przejęty (zaindukowany) (Prochwicz 2009). Indukowane urojenia przeważnie kształtują się w związku ze względną izolacją od otoczenia, zatem czynnikiem sprzyjającym ich rozwojowi jest brak lub ograniczenie innych relacji. Zaburzenia indukowane często ustępują w sytuacji fizycznego odseparowania od osób będących „źródłem” urojeń. Dopóki jednak to nie nastąpi, osoba traktuje proponowaną wizję świata za realną i postępuje zgodnie z nią (Józefowicz i wsp. 2011). Uznawane treści mają zazwyczaj charakter przekonań prześladowczych, religijnych, wielkościowych, depresyjnych, somatycznych i erotycznych (Silveira i Seeman 1995).

Czynnikami sprzyjającymi urojeniom indukowanym jest dominująca postawa i przewaga intelektualna osoby indukującej, wpływająca na podporządkowanie osób przejmujących urojenia. Do występowania tego zaburzenia przyczyniają się również m.in. tendencja do wycofywania się w relacjach społecznych, obniżona samoocena i skłonność do ucieczki w fantazjowanie (Prochwicz 2009). Najczęściej opisywane w literaturze przypadki indukowanych zaburzeń urojeniowych dotyczyły osób będących w diadach, np. w związkach miłosnych, u rodzeństwa lub rodzica i dziecka (Silveira i Seeman 1995). O wiele rzadziej rozpoznaje się te same urojenia wzbudzone u więcej niż jednej osoby, tzn. dzielonych przez trzy osoby (*folie à trois*) lub cztery (*folie à quatre*) czy też całą rodzinę mieszkającą razem (*folie à famille*) (Prochwicz 2009; Srivastava i Borkar 2010). Możliwe jest również indukowanie urojeń w większych grupach społecznych, takich jak organizacje terrorystyczne oraz sekty (Salih 1981). Zjawisko to może wyjaśniać mechanizm działania grup oraz nieracjonalne zachowania ich członków pozostających w silnym związku z przywódcą oraz innymi członkami, przy znaczącej izolacji od osób spoza grupy (Salih 1981). Przykładem skutków takiej sytuacji może być zbiorowe samobójstwo około tysiąca członków sekty amerykańskiej Świątynia Ludu w 1978 r. (Salih 1981).

Zjawisko indukowanych zaburzeń urojeniowych prawdopodobnie występuje znacznie częściej, niż jest oficjalnie rozpoznawane (Arnone i wsp. 2006). Dlatego istotne jest zwrócenie uwagi klinicystów na kontekst urojeń występujących u pacjenta. Analiza kontekstu życio-

wego może sprzyjać rozpoznaniu indukowanych zaburzeń urojeniowych, będących rezultatem pozostawania w określonych relacjach. Potwierdzeniem indukowanych zaburzeń urojeniowych jest podobieństwo treści urojeń u dwóch lub większej liczby osób (Prochwicz 2009; Shimizu i wsp. 2007). W przypadku opisywanej pacjentki można przypuszczać, że osobą indukującą był przede wszystkim lider grupy, który – wedle informacji pochodzących od otoczenia pacjentki – był z nią najbliższy i przejawiał te same przekonania urojeniowe. W związku ze stosowaniem technik manipulacyjnych konsekwencje psychiczne działalności w sektach często nie mijają od razu po odseparowaniu, jak ma to miejsce w przypadku klasycznych urojeń indukowanych. Można je zauważyć jeszcze przez jakiś czas po opuszczeniu grupy. Są to stany depresyjne związane z poczuciem osamotnienia, stany lękowe i fobiczne wynikające z powracających obaw o charakterze irracjonalnym (np. kary w postaci śmierci, odcięcia energii, zagrożenia ze strony istot pozaziemskich). Konsekwencją są również stany tzw. odpływania przyjmujące postać gwałtownych, niekontrolowanych powrotów wspomnień traumatycznych, dotyczących tożsamości kultowej i wydarzeń z czasu działania w sekcie. Następują one na skutek bodźców zewnętrznych i wywołują automatyczne reakcje myślowo-emocjonalne ukształtowane przez sektę, co przypomina objawy zaburzenia po stresie pourazowym (Kuncewicz 1998).

Warto zauważyć, że pacjentka zapoznana z diagnozą nie zgodziła się z ustalonym rozpoznaniem, podtrzymując wcześniejszą opinię na temat braku zaburzeń w swoim funkcjonowaniu, braku zagrażającego wpływu ze strony osób należących do jej „grupy” oraz braku patologii w funkcjonowaniu osób z tego kręgu. Stanowcza krytyka informacji diagnostycznych jest spójna z całościowym funkcjonowaniem osoby pozostającej pod wpływem sekty. Jednocześnie może być traktowana jako wskaźnik pozostawania pod wpływem indoktrynacji. Reakcja pacjentki pokazuje również, jak trudna jest próba udzielenia profesjonalnej pomocy pacjentowi poddanemu psychomanipulacji na skutek podporządkowania grupie i przywódcy (Hassan 2001). Co więcej, negowanie otrzymywanych informacji przez pacjenta ma swoje konsekwencje w postaci braku współpracy (tj. zatajanie informacji, przedstawianie informacji fałszywych, unikanie korzystania z farmakoterapii i pomocy psychologicznej). Taka postawa i zachowanie powodują występowanie trudności diagnostycznych w postaci różnicowania pomiędzy psychozą indukowaną a innymi

zaburzeniami psychotycznymi, np. schizofrenią oraz zaburzeniami osobowości. W przypadku opisywanej pacjentki na korzyść rozpoznania indukowanych zaburzeń urojeniowych zamiast np. schizofrenii w kontekście przynależności do sekty przemawiają: prawidłowe wyniki w zakresie formalnych aspektów myślenia, charakter kontaktu z pacjentką, powrót do wysokiego poziomu funkcjonowania życiowego po terapii oraz potwierdzone informacje na temat sytemu urojeń i zachowań, który był spójny z „wyznaniami” sekty. Niemniej jednak złożoność sytuacji tego typu pacjenta może rodzić poważne dylematy diagnostyczne i skłaniać do indywidualnego traktowania oraz bardzo uważnej analizy każdego przypadku. Dodatkowy problem w udzielaniu pomocy stanowią również regulacje prawne, które ograniczają postępowanie terapeutyczne w związku z takimi problemami, jak hospitalizacja pacjenta wbrew woli oraz możliwość utrzymywania kontaktów z osobami indukującymi psychozę w warunkach szpitalnych.

Zgodnie z kryteriami diagnostycznymi wg ICD-10, u osoby przejawiającej zaburzenie schizotypowe mogą występować: niedostosowany i ograniczony afekt, budzący wrażenie chłodu i oddalenia, dziwaczne i niezrozumiałe dla ogółu środowiska zachowanie lub wygląd, słaby kontakt z innymi związany z tendencją do społecznego wycofywania się. W zakresie funkcjonowania psychicznego zachodzi nasilona podejrzliwość i nastawienie paranoidalne, występowanie dziwnych treści i myślenia magicznego, myślenie metaforyczne, bardzo wypracowane lub stereotypowe. Wpływają one na dziwaczność wypowiedzi oraz podejmowanie zachowań wykraczających poza obowiązujące normy kulturowe. Do tego występują okresowe, przemijające epizody quasi-psychotyczne z nasilonymi iluzjami somatosensorycznymi, omamami słuchowymi lub innymi oraz myślami podobnymi do urojeń. Rozpoznanie zaburzenia schizotypowego jest możliwe przy występowaniu trzech lub czterech z powyżej opisanych cech przez minimum dwa lata.

Na podstawie obserwacji zachowania pacjentki na oddziale oraz danych z wywiadu rodzinnego można wskazać pewne wskaźniki zaburzenia schizotypowego u pacjentki. Należą do nich utrzymujący się przez ponad dwa lata niedostosowany i ograniczony afekt oraz zachowanie, w związku z którym pacjentka miała słabe kontakty społeczne. Towarzyszyły temu rozwijające się od okresu dojrzewania dziwaczne przekonania (w tym o charakterze podejrzliwym, paranoidalnym), ruminacje, myślenie urojeniowe

i magiczne odbiegające od norm kulturowych, które wpływały na podejmowanie niezrozumiałych dla otoczenia zachowań. Wypowiedzi często miały charakter metaforyczny, stereotypowy, pusty. Na podstawie informacji uzyskanych od rodziny, występujące wcześniej objawy nasiliły się i ukształtowały w złożony system w trakcie kontaktów z grupą wyznaniową i propagowanych przez nią działań, a w dalszym etapie doszło do rozwoju pełnoobjawowej psychozy o znacznym nasileniu.

Jak wynika z badań prowadzonych przez Pietraszczyk-Kędziórę (2005), to debiut urojeń, ich zaostrzenie lub próba samobójcza wymagająca hospitalizacji są najczęstszymi przyczynami wystąpienia z sekty (aż u 48% badanych). W przypadku 26% osób rezygnacja z aktywności w sekcje wynikała z interwencji osób bliskich. W związku z tym można podejrzewać, że paradoksalnie trudności psychiczne są z jednej strony czynnikiem sprzyjającym przystępowaniu do grup, a z drugiej częstym powodem do psychotycznego załamania i opuszczenia środowiska kultu (Pietraszczyk-Kędzióra 2005).

Na podstawie opisanego przypadku można wysunąć propozycje dalszego postępowania terapeutycznego u pacjentów przejawiających podobne objawy jak te, które wystąpiły u opisywanej pacjentki. Niewątpliwie elementem zwiększającym prawdopodobieństwo wystąpienia pozytywnych zmian u pacjentki jest bezwzględna izolacja od źródła manipulacji psychologicznej (Hassan 2001). Ważny jest stały kontakt z psychiatrą w celu monitorowania stanu psychofizycznego pacjenta. W celu terapii zaburzenia schizotypowego i zapobieganiu wystąpieniu objawów psychotycznych celowe byłoby leczenie neuroleptykiem. Lekami z wyboru są tu atypowe leki przeciwpsychotyczne, takie jak stosowana u pacjentki olanzapina (Ettinger i wsp. 2014). Dodatkowo zaleca się udział w psychoterapii indywidualnej w celu głębszego poznania korzyści czerpanych przez pacjenta z przynależności do grupy oraz kosztów, czyli konsekwencji w postaci trudności psychicznych.

W perspektywie długofalowej ważna jest również praca nad zmianą w zakresie funkcjonowania psychospołecznego. Pomocny może być udział w psychoterapii grupowej w celu nawiązania nowych relacji oraz udział w psychoedukacji na temat metod psychomanipulacji i radzenia sobie z nimi. Według Centrum Przeciwdziałania Psychomanipulacji istotne są: trening pamięci i uwagi, tworzenie adekwatnych skojarzeń do bodźców, wykonywanie zadań konfrontujących z nabytymi przekonaniem oraz praca nad osta-

teczną integracją przeszłości z historią życiową pacjenta (Kuncewicz 1998). W tym celu można kierować pacjenta do osób zajmujących się uświadamianiem pozostawania pod szkodliwym wpływem sekty (Pietraszczyk-Kędziora 2005) oraz postępować według zaleceń instytucji specjalizujących się w pomocy w takich przypadkach (Hassan 2001; www.psychomanipulacja.pl).

Piśmiennictwo

1. Arnone D, Patel A, Tan GM. The nosological significance of Folie à Deux: a review of the literature. *Ann Gen Psychiatry* 2006; 8: 5-11.
2. Dalgalarrondo P, Lotz M. Religious affiliation and psychiatric diagnosis: the influence of Christian sect membership on diagnosis distribution. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993; 243: 47-53.
3. Ettinger U, Meyhöfer I, Steffens M, et al. Genetics, cognition, and neurobiology of schizotypal personality: a review of the overlap with schizophrenia. *Front Psychiatry* 2014; 5: 18.
4. Hassan S. Jak uwolnić się od manipulacji psychicznej w sekcie. Ravi, Łódź 2001.
5. Józefowicz O, Strzelecki D, Krupińska-Kun M, Rabe-Jabłońska J. Obłąd we dwoje. Opis przypadku. *Psychiatr Psychol Klin* 2011; 11: 194-196.
6. Kuncewicz D. Przyczyny przynależności do kultów destrukcyjnych 1998. Pozyskano z <http://www.psychomanipulacja.pl/art/przyczyny-przynaloznosci-do-kultow.html>.
7. Kuner W. New religious movements and mental health. W: Barker E. Of gods and men: new religious movements in the West. Mercer University Press, Macon, GA 1984; 255-264.
8. Marzański M, Wojnar M. Zagubiona tożsamość. *Psychiatria o sektach. Przegląd Katolicki* 1993; 14: 407.
9. Pietraszczyk-Kędziora B. Osobowościowe i sytuacyjne uwarunkowania oraz psychopatologiczne następstwa przynależności do sekt. Niepublikowana rozprawa doktorska. Gdański Uniwersytet Medyczny 2005.
10. Prochwicz K. Obłąd we dwoje. Objawy i psychospołeczne uwarunkowania indukowanych zaburzeń urojeniowych. *Psychiatr Pol* 2009; 1: 19-30.
11. Raport Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji o niektórych zjawiskach związanych z działalnością sekt w Polsce 2000: www.sekty.dominikanie.pl/biblioteka/dokumenty/panstwowe/ministerstwo-spraw-wewnetrznych-i-administracji-raport-o-niektorych-zjawiskach-zwiazanych-z-dzialalnoscia-sekt-w-polsce-warszawa-2000.
12. Salih MA. Suicide pact in a setting of folie à deux. *Br J Psychiatry* 1981; 139: 62-67.
13. Shimizu M, Kubota Y, Toichi M, Baba H. Folie à deux and shared psychotic disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2007; 9: 200-205.
14. Silveira JM, Seeman MV. Shared psychotic disorder: a critical review of the literature. *Can J Psychiatry* 1995; 40: 389-395.
15. Srivastava A, Borkar HA. Folie a Famille. *Ind J Psychiatry* 2010; 52: 69-70.
16. Strona internetowa Centrum Przeciwdziałania Psycho-manipulacji: www.psychomanipulacja.pl.