



**Jacek Gierus**

Psycholog

w Mazowieckim

Specjalistycznym

Centrum Zdrowia

im. prof. Jana

Mazurkiewicza.

Zainteresowania:

neuropsychologia

zaburzeń psychicznych,

psychoterapia

poznawczo-

-behawioralna.

Hobby: fotografia,

czeskie filmy.

# Poznawczo-behawioralna konceptualizacja zespołu depersonalizacji-derealizacji. Przypadek pacjenta, który wyleczył się sam

## Cognitive-behavioral conceptualization of depersonalization and derealization syndrome. The case of a patient who cured himself

**Jacek Gierus<sup>1</sup>, Anna Mosiołek<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza

<sup>2</sup> Klinika Psychiatrii Oddziału Fizjoterapii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

### STRESZCZENIE

Zespół derealizacji-depersonalizacji jest jednym z tych zaburzeń psychicznych, w których uwaga pacjenta w bardzo dużym stopniu koncentruje się na treści jego przeżyć i spostrzeżeń. Istnieją różne koncepcje tego zaburzenia, wśród nich poznawczo-behawioralna, w myśl której celem terapii jest obniżenie lęku związanego z nadmierną samoobserwacją i katastroficznymi atrybucjami. W niniejszym artykule opisano przypadek 26-letniego pacjenta, u którego uzyskano znaczące obniżenie poziomu objawów po krótkoterminowej interwencji poznawczo-behawioralnej. Wnioski z artykułu zawierają pytania na temat neuropsychologii zaburzenia depersonalizacyjnego, zachęcające do dalszych dociekań badawczych.

**Słowa kluczowe:** depersonalizacja, derealizacja, terapia poznawczo-behawioralna

#### NAJWAŻNIEJSZE

**Terapia poznawczo-behawioralna może być efektywnym sposobem leczenia zespołu depersonalizacji-derealizacji.**

#### HIGHLIGHTS

**Cognitive-behavioral therapy may be effective in the treatment of depersonalization-derealization disorder.**

## ABSTRACT

The depersonalization-derealization syndrom is one of the disorders related to a patient's attention which is narrowly focused on one's experience and perceptions. The cognitive-behavioral concept of the depersonalization-derealization syndrom implies reducing anxious vigilance and catastrophic attributions as important goals of therapy. This article presents the case of a 26-year-old man, in whom short cognitive-behavioral intervention proved to be effective in the reduction of symptoms. It raises some questions about contemporary understanding of depersonalization-derealization, and its neuropsychology.

**Key words:** depersonalization, derealization, cognitive-behavioral therapy

## WSTĘP

Zespół depersonalizacji-derealizacji (ICD-10), czy też zaburzenie depersonalizacyjne (DSM-IV), diagnozowane jest na podstawie: 1. poczucia oddzielenia od własnych uczuć i przeżyć, bycia zewnętrznym obserwatorem własnych procesów psychicznych, 2. poczucia nierealności otoczenia oraz 3. braku psychotycznego, organicznego, toksycznego lub farmakologicznego pochodzenia wyżej wymienionych objawów. W klasyfikacji ICD-10 doprecyzowano pomocną w rozpoznawaniu zespołu fenomenologię, którą ujęto w ramach poszczególnych kryteriów. Obejmuje ona:

- a) objawy depersonalizacji: osoba czuje, że jej własne przeżycia i uczucia oddalają się, oddzielają od niej, nie należą do niej, giną
- b) objawy derealizacji: przedmioty, ludzie i/lub otoczenie wydają się nierealni, sztuczni, odlegli, bezbarwni, bez życia
- c) traktowanie tej zmiany jako zjawiska subiektywnego i spontanicznego, niespowodowanego przez zewnętrzne siły czy przez innych (z zachowaniem wglądu)
- d) jasne, niezaburzone postrzeganie i brak zaburzeń świadomości pochodzenia toksycznego lub padaczkowego.

W kryteriach występowania zaburzenia uwzględnia się także subiektywne cierpienie pacjenta oraz ograniczenia jego funkcjonowania społecznego, zawodowego lub innego (DSM-IV, ICD-10) [4, 6]. Doznania derealizacji i depersonalizacji opisywane są przez pacjentów jako utrata łączności z realnym światem pod postacią „oderwania”, „nierealności”, przeżyć „jak gdyby”, czy też „wrażenia przebywania w dwóch wymiarach”. W skargach pacjentów powtarzają się także wypowiedzi, że „rzeczywistość jest bez głębi, jak z filmu”.

Na homogenną postać zaburzenia derealizacji-depersonalizacji cierpi niewiele osób. Depersonalizacja może się

pojawiać u osób zdrowych, częściej jednak jest spotykana w kontekście zaburzeń depresyjnych, w lęku panicznym, fobiach, agorafobii, opisywana jest także w zespole lęku separacyjnego oraz w zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych. Występuje w przypadkach zatrucia substancjami halucynogennymi, lekami, w padaczce skroniowej (napady hakowe) lub jako doznania hipnagogiczne [3, 7, 8]. Rozpowszechnienie zespołu derealizacji-depersonalizacji w USA, Wielkiej Brytanii oraz w Kanadzie wahało się według różnych badań od 1% do 86% [9]. Badania ankietowe przeprowadzone w USA wskazują na rozpowszechnienie depersonalizacji na poziomie 19,1%, derealizacji – 14,4% oraz 23,4% dla obu tych zaburzeń [10].

Stany depersonalizacji i derealizacji wydają się mieć związek ze specyficzną odpowiedzią mózgu na bodźce emocjonalne, zmęczenie czy też inne, bardziej złożone czynniki. Wyniki badań neuroobrazowych osób doświadczających depersonalizacji wskazują na występowanie u nich nietypowej odpowiedzi obszarów przedczołowych, hamujących obszary limbiczne (zwłaszcza jądro migdałowe), oraz przedniej części kory obręczy i grzbietowo-bocznej kory przedczołowej podczas doświadczania przez nich poczucia „oddzielenia” od emocji [7, 11]. Biorąc pod uwagę fakt występowania podobnych zjawisk w doświadczeniu osób uznawanych za zdrowe, uważa się, że depersonalizacja i derealizacja są jednymi z możliwych odpowiedzi mózgu na sytuację zagrożenia, która u części osób staje się zjawiskiem stałym i uporczywym. Lęk wywołany depersonalizacją może nasilać to zjawisko na zasadzie błędnego koła – argumenty te są podstawą poznawczo-behawioralnej koncepcji zespołu depersonalizacji-derealizacji, w myśl której za nasilenie objawów derealizacji-depersonalizacji odpowiada katastroficzna ocena własnych doznań, strategie unikania, zachowania ochronne oraz nastawienia powodujące utrzymanie objawów poprzez nadmierną na nich koncentrację [3, 7, 11]. Badania przeprowadzone za pomocą pozytonowej tomografii emisyjnej (PET) wykazały od-

mienność aktywności w obszarach kory czuciowej: wzrokowej, słuchowej i somatosensorycznej, w obszarach hierarchiczno-sekwencyjnych, wtórnych i międzymodalnych, podobnie jak w tych odpowiedzialnych za integrację schematu ciała – dokładnie w polu 7b kory ciemieniowej oraz w połączeniach skroniowo-ciemieniowych [12, 13]. Wnioski te są spójne z fenomenologią zaburzeń dysocjacyjnych, opisywanych jako niepowodzenie w integracji percepcji z poczuciem samego siebie. Integralną częścią depersonalizacji są zmiany w systemach uwagi i percepcyjnym, szczególnie w wysiłkowej kontroli skupienia uwagi. Wczesne deficyty zapisywania pamięciowego wpływają na pamięć krótkoterminową w taki sposób, że ograniczają możliwość zapisu nowych informacji, przy zachowaniu zdolności do konceptualizacji i operacji na materiale wcześniej zapisanym. Wydaje się, że może to sugerować rolę derealizacji-depersonalizacji jako obrony systemu przetwarzania informacji [2, 14].

## OPIS PRZYPADKU

Pan A., 26-letni absolwent ochrony środowiska zatrudniony w biurze, zgłosił się po ambulatoryjnej konsultacji psychiatrycznej z zaleceniem diagnostyki psychologicznej i psychoterapii. Badany wychowywał się jako jedyne dziecko swoich rodziców, relacje w domu opisywał jako ciepłe i poprawne. Od 4 lat był w związku z partnerką, z którą planował pozostać przez resztę życia. Pacjent ok. 8 miesięcy przed zgłoszeniem się po pomoc terapeutyczną zmienił pracę, co wiązało się z niespodziewanym wzrostem ilości wolnego czasu. Właśnie w tym przejściowym okresie, kiedy szczególnie intensywnie myślał przed zaśnięciem o możliwych przyszłych problemach, doświadczał poczucia „oderwania” od rzeczywistości i „odrealnienia”, co wywoływało u niego silny lęk. Podobne odczucie wystąpiło u niego w ciągu najbliższych dni ok. 3 razy, później zaczęło się utrzymywać niemal stale. Oprócz tego pojawiło się odczucie „gonitwy myśli”, które ujawniało się w stanach silnego zmęczenia. Pacjent w czasie, kiedy chodził do liceum, używał marihuany (w przybliżeniu raz na miesiąc). Myśl o tym, że stan derealizacji jest podobny do derealizacji po używaniu kannabinoli, powodowała u niego lęk przed uszkodzeniem mózgu spowodowanym używaniem substancji psychoaktywnych. Badany zaczął podejrzewać u siebie chorobę psychiczną i poszukiwać w Internecie informacji na temat schizofrenii, derealizacji i depersonalizacji. Lęk przed chorobą psychiczną nasilił się. Badany opisywał, że zaczął coraz częściej zwracać uwagę na swój stan psychiczny i analizować go. Wkrótce zaczął się zastanawiać, czy na pewno jego myśli są zdrowe, i analizować doznania sensoryczne, np. „pisk w uszach”. Ucieczką od

trudnych doznań był dla niego sport – od lat trenował mieszane sztuki walki, a w związku z treningami przyjmował odżywki białkowe i węglowodany.

Badany zgłosił się ambulatoryjnie po pomoc psychiatryczną, w czasie której rozpoznano wstępnie zaburzenie lękowe z napadami lęku i włączono farmakoterapię escitalopramem i benzodiazepinami. Podczas pierwszego wywiadu psychologicznego badany przyznał, że leczenie nie przyniosło pożądanego efektu. Wprawdzie lęk uległ obniżeniu i badany miał, jak opisywał, nieco więcej energii, nie zmniejszyło to jednak objawów depersonalizacji-derealizacji. Badany podjął również psychoterapię, jednak, jak stwierdził, przerwał ją, ponieważ interpretacje terapeuty były zbyt metaforyczne, niezrozumiałe i nietrafne. Badany wciąż analizował swoje procesy psychiczne, zastanawiał się, czy są one „normalne” i czy nie są objawem choroby psychicznej. Zapytany o to, jaką jest osobą, zwrócił uwagę na drobiazgowość i sumienność, która wiele razy przeszkadzała mu w życiu. Badany niejednokrotnie wykonywał różne zadania pomimo zmęczenia i osobistych kosztów tylko dlatego, żeby je dokończyć. Stwierdził, że chciałby być człowiekiem nieskazitelnym, kryształowym i że denerwuje się, kiedy ktoś łamie lub narusza normy społeczne. Często zwracał uwagę sąsiadom z powodu zbyt głośnego dźwięku telewizora.

## Diagnoza kliniczna

W procesie diagnostycznym uwzględniono przesiewową diagnostykę funkcji poznawczych, zwłaszcza pamięci wzrokowej, operacyjnej, uwagi dowolnej i funkcji kontrolno-nadzorczych. Przeprowadzono również wywiad w kierunku zaburzeń osobowości i analizę przystosowania/nieprzystosowania pacjenta za pomocą wielobjawowej skali MMPI. Dostarczone przez badanego informacje wskazywały, że konsultacja neurologiczna ani badanie elektroencefalograficzne nie wykazały zmian patologicznych w OUN.

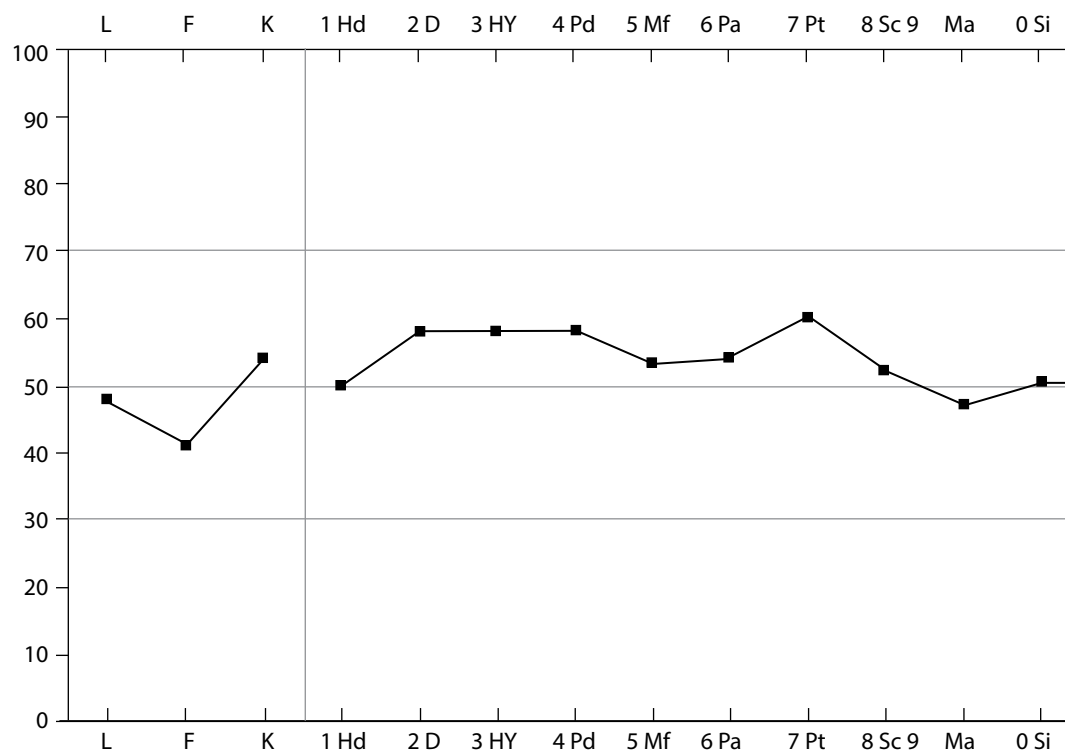
Badany uzyskał poprawne wyniki w Teście Łączenia Punktów (TMT A: 22 s, TMT B: 43 s), co świadczyło o prawidłowym funkcjonowaniu procesów uwagi dowolnej, przeszukiwania sekwencyjnego, pamięci operacyjnej i czynności kontrolno-nadzorczych. Wyniki Testu Pamięci Wzrokowej Bentona nieoczekiwanie wykazały istotne klinicznie obniżenie funkcji wzrokowych (liczba poprawnych odwzorowań o 3 niższa od oczekiwanej, liczba błędów o 5 wyższa od oczekiwanej) z obecnością zniekształceń, pominięć i rotacji. Jednocześnie wyniki Testu Figury Złożonej Reya przeprowadzonego po tygo-

dniu od pierwszego badania nie potwierdziły deficytów w zakresie pamięci wzrokowej ani strukturalizacji percepcyjnej. Warto zauważyć, że podobne do uzyskanych przez badanego wyniki w Teście Bentona opisywano już u pacjentów cierpiących z powodu depersonalizacji-derealizacji [1]. Istnieje więc możliwość, że pacjenci z tym zespołem doświadczają specyficznych – niewykluczone, że przejściowych – dysfunkcji w zakresie percepcji i przetwarzania wzrokowego. Wyniki wieloobjawowej skali MMPI wskazywały na zintegrowaną osobowość badanego, bez wyraźnych cech patologicznych. Pacjenta charakteryzowała wysoka sumienność ze skłonnością do zamartwiania się i perseweracyjnego myślenia o trapiących go problemach, co mogło nasilać odczuwany lęk i napięcie. Znaczne uwrażliwienie badanego na społeczną percepcję jego działań mogło sprawiać wrażenie, że doświadczał on stanów niepokoju i obniżonego nastroju w sytu-

acjach spodziewanej negatywnej oceny ze strony innych, np. z powodu niemożności wypełnienia zadań w sposób perfekcyjny. Badany miał również skłonność do odreagowywania napięcia poprzez zachowania wyładowcze, jednak nie miały one destrukcyjnego ani ewidentnie niezgodnego z konwencją społeczną charakteru.

Wywiad w kierunku zaburzeń osobowości potwierdził niektóre cechy osobowości anankastycznej, zwłaszcza zbyt dużą sumienność, skrupulatność i małą elastyczność w kwestiach moralnych, etycznych oraz dotyczących wartości. Kształt profilu MMPI jest niecharakterystyczny, z niewielką tendencją do dysymulacji i wzmocnienia kontroli. Zachowanie pacjenta nie spełniło wymaganych kryteriów żadnego ze specyficznych zaburzeń osobowości. Ostateczna diagnoza wg osi DSM-IV została sformułowana następująco:

Rycina 1.  
Profil wyników wieloobjawowej skali MMPI.



WS	3	8	13	7	27	25	23	29	13	25	24	18	32
poprawka K				7			5			13	13	3	
<b>T</b>	<b>48</b>	<b>41</b>	<b>54</b>	<b>50</b>	<b>58</b>	<b>58</b>	<b>58</b>	<b>53</b>	<b>54</b>	<b>60</b>	<b>52</b>	<b>47</b>	<b>50</b>

Kod profilu wg Welsha  
7-234 658 10/9

K/LF

Średnia **44**  
F-K (WS) **-5**

Oś I: zaburzenie depersonalizacyjne. Przyczyna zgłoszenia się: w wywiadzie zaburzenia paniczne bez agorafobii. Ze względu na obecny obraz zgłaszanych przez pacjenta trudności nie utrzymano rozpoznania zaburzenia panicznego.

Oś II: brak specyficznych zaburzeń osobowości. Spełnione 1 kryterium obsesyjno-kompulsyjnego zaburzenia osobowości, związane z perfekcjonizmem i sztywnym, nieadaptacyjnym podejściem do zasad i wartości.

Oś III: Brak istotnych problemów ogólnomedycznych.

Oś IV: Zmiana pracy przed ośmiu miesiącami.

Oś V: Całościowa ocena funkcjonowania GAF: 75.

## Konceptualizacja przypadku

Sformułowano główne problemy, na podstawie których określono cele terapii:

- a) tendencja do ignorowania zmęczenia i stanów emocjonalnych
- b) nadmierna czujność związana z treścią własnych przeżyć (*hypervigilance*)
- c) tendencja do katastrofizacji doznań psychicznych i stosowania strategii unikania.

Fazę terapii zorientowaną na obniżenie poziomu objawów skoncentrowano wokół redukcji tak sformułowanych trudności pacjenta poprzez:

- a) psychoedukację na temat natury zgłaszanych objawów i naukę tolerowania depersonalizacji-derealizacji
- b) pozwolenie pacjentowi na zebranie materiału doświadczeniowego do pracy na sesjach
- c) zastąpienie lękowej czujności uważnością na stany zmęczenia i długotrwałego skupienia uwagi.

Sesje zorganizowano w taki sposób, żeby każda z nich stanowiła „mikrokosmos” realizowanych celów. Rozpoczęły się one od oceny przez pacjenta natężenia objawów i omówienia sytuacji, w których się one pojawiły, później następowały: psychoedukacja na temat natury wrażeń i odczuć pacjenta oraz wyznaczenie zadania domowego.

## Przebieg terapii – wybrane sesje

Podczas pierwszej sesji omówiono z pacjentem wyniki badań i wnioski z nich. Otrzymał on opis wyników badań testowych, który określił jako trafny. Stwierdził, że zwiększyło to jego ufność w perspektywę terapii. Zapytany o dotychczasowe sposoby radzenia sobie z objawami, badany stwierdził, że pomaga mu stosowanie treningów relaksacji słuchanych przez słuchawki,

zwłaszcza w krytycznych momentach, czyli wieczorem – przed snem. Uznano, że zachowanie to spełnia podwójną funkcję: 1. zachowania redukującego lęk, 2. zachowania unikającego (*avoidance behavior*) związane z katastroficzną percepcją objawów. Pacjent ocenił swoje objawy jako trwające nieprzerwanie; zauważył, że nasilają się, gdy doświadcza codziennych niepowodzeń. Przeprowadzono dyskurs sokratejski, na końcu którego pacjent skonkludował, że „część objawów istnieje o tyle, o ile zwracam na nie uwagę”. Skorygowano sposób ćwiczenia przez pacjenta treningu autogennego, tak aby był on wdrażany etapami i pozwalał na osiągnięcie realnego relaksu, a nie służył jako zachowanie unikające. Ten krok potraktowano również jako wstęp do desensytyzacji objawów. Zadaniem domowym po pierwszej sesji miało być obserwowanie przez maks. 20 min płomienia świecy.

Drugą sesję poświęcono analizie doświadczenia pacjenta związanego z zadaniem ćwiczeniem. Badany zauważył, w jaki sposób koncentracja uwagi może powodować uczucie depersonalizacji i derealizacji i w jaki sposób lęk nasila wymienione zjawiska. W czasie sesji zastosowano technikę „strzałki w dół”, odnosząc się do lęku badanego przed utratą kontroli nad sobą i swoimi przeżyciami. Pacjent skonkludował, że „boi się, że będzie złym (agresywnym) człowiekiem”. Stwierdził jednocześnie, że nie ma żadnych dowodów na to, że tak się stanie. Wspomniał też, że codzienne zadania realizuje z poświęceniem, kosztem własnego zmęczenia, tylko po to, aby zadowolić innych ludzi. Często ignoruje wtedy potrzeby fizjologiczne, takie jak głód i zmęczenie. Badanego zapoznano z modelem odmiennych stanów świadomości, podkreślając mechanizmy prowadzące do dezorganizacji przetwarzania informacji i naturalną 90-minutową cykliczność procesów uwagi [5]. W ramach zadania domowego zalecono: 1. prowadzenie dzienniczka, w którym badany opisywał sytuację pojawienia się uczucia depersonalizacji-derealizacji, oraz 2. stosowanie krótkich przerw podczas dnia pracy, mniej więcej co 90 min.

Na początku trzeciej sesji, zapytany o samopoczucie i nasilenie objawów, badany podał, że objawy derealizacji-depersonalizacji w znacznym stopniu ustąpiły. Pacjent stwierdził, że doświadcza objawów głównie w stanach zwątpienia, zmęczenia i obniżonego nastroju. Depersonalizacja-derealizacja wystąpiła w poprzednim tygodniu 7-krotnie, przy czym czterokrotnie spowodowana była zmęczeniem, a trzykrotnie „bez zmęczenia”. Oceniał, że objawy zmniejszyły się o 80%, przy czym źródło pozostałych 20% jest dla niego trudne do ustalenia. Swoje samo-

poczucie określił jako „stabilne”. Opisywał, że pogarsza się ono, kiedy dostrzega u siebie „dziwność myślenia”, np. „wyobrażam sobie, jak by było, kiedy miałbym trzecią nogę. Czy to jest normalne?”. W rozmowie zastosowano psychoedukację dotyczącą zgłaszanych objawów. Badany stwierdził, że dzięki podanym informacjom jego lęk uległ zmniejszeniu. Podczas sesji ujawnił, że w związku z treningami mieszanych sztuk walki używa aminokwasów rozgałęzionych BCAA. Pomimo że substancje te są zalecane jako suplementy w zaburzeniach depresyjnych i lękowych, postawiono hipotezę, że jako środek usuwający objawy fizycznego zmęczenia może utrudniać pacjentowi adekwatną ocenę i nazwanie zmęczenia, co stoi w sprzeczności z celami terapii. Zalecono odstawienie BCAA. Jako zadanie domowe zaproponowano zapisywanie „wszystkich przypadków, w których lęka się Pan swojej wyobraźni”.

W czasie piątej sesji pacjent określił swoje samopoczucie jako stabilne, przy czym uczucie depersonalizacji-derealizacji wystąpiło u niego trzykrotnie, w tym dwukrotnie przed snem. Lęk określił jako trwający krótko i przemijający szybciej niż uprzednio. Badany powiedział: „pozwalam mu odejść, przepłynąć przeze mnie”. Po analizie opisywanych przez pacjenta sytuacji okazało się, że trudności występujące przed snem były związane z lękową interpretacją powidoku po zamknięciu powiek oraz lękiem spowodowanym normalnymi doznaniem hipnagogicznymi (figury geometryczne). Poinformowano badanego o niepatologicznym pochodzeniu jego doznań i zaproponowano jako zadanie domowe zbieranie informacji na temat tego, do jakiego stopnia doznania te są częścią wspólnego doświadczenia wszystkich ludzi. Badany miał pytać znajomych: „czy kiedykolwiek miałeś/miałaś tak, że...”. Pacjent na końcu sesji stwierdził, że czuje się na tyle dobrze, że następna sesja może się odbyć za miesiąc, a jest mu potrzebna tylko po to, żeby czuł się pewniej. Zachowanie i przeżycia badanego przestały spełniać kryteria zespołu derealizacji-depersonalizacji.

W czasie szóstej sesji badany stwierdził, że zaprzestaje treningu autogennego, gdyż nie boi się pojawiających się niekiedy doznań derealizacji. Zaznaczył, że chciałby umieć wytłumaczyć sobie w sposób racjonalny wszystkie zjawiska, których doświadcza, np. to, że akurat myśli o nietypowej rzeczy (np. jednorożec), albo to, że zastanawia się, gdzie właściwie znajduje się obraz, który właśnie widzi. Po dialogu sokratejskim nakierowanym na treść tych doświadczeń stwierdził, że tego typu pytania stawiają sobie osoby twórcze, które lubią zagłębiać się w treść swoich przeżyć. Mówiąc o tym, badany

oceniał poziom lęku związanego z wymienionymi przeżyciami jako niski. Tym samym pierwsza faza terapii, zorientowana na redukcję objawów depersonalizacji i nadmiernej lękowej czujności, została ukończona. Sformułowano cele dalszej terapii: 1. pracę nad schematami poznawczymi powodującymi poczucie nieadekwatności oraz 2. pracę nad schematami powodującymi lęk przed utratą kontroli. Przeprowadzono po raz drugi test Bentona, w którym pacjent uzyskał wyniki prawidłowe (liczba błędów o 1 większa niż oczekiwana, liczba poprawnych odwzorowań o 1 mniejsza niż oczekiwana). Wynik testu zinterpretowano przy badanym, podano go jako wzmacniającą informację zwrotną, pozwalającą mu namacalnie ocenić poprawę w zakresie niektórych funkcji poznawczych.

## WNIOSKI

Przebieg diagnostyki i pierwszego etapu terapii pacjenta prowadzi do kilku wniosków, które mogą być interesujące z punktu widzenia praktyków psychiatrii i psychologii klinicznej:

1. Poznawczo-behawioralna konceptualizacja może się okazać skuteczna w redukcji objawów u pacjentów z zaburzeniem depersonalizacji-derealizacji, z wysoką globalną oceną funkcjonowania, bez towarzyszących zaburzeń osobowości.
2. Dalszych badań wymagają również pytania:
  - a) Czy suplementacja aminokwasami rozgałęzionymi BCAA może wpływać na ignorowanie zmęczenia i nasilenie doznań depersonalizacyjnych?
  - b) Czy po ustąpieniu objawów depersonalizacji-derealizacji u pacjentów, którzy wcześniej wykazywali cechy dysfunkcji wzrokowo-przestrzennych w Teście Pamięci Wzrokowej Bentona, wyniki ulegną znaczącej poprawie?
  - c) Czy u pacjentów, u których dominuje przeżywanie lękowych treści o charakterze introspekcyjnym – zwerbalizowanym (martwienie się) lub wyobrażeniowym – dochodzi do odmiennej aktywności w niektórych obszarach odpowiedzialnych za uwagę i percepcję, co powoduje poczucie „oddzielenia od rzeczywistości” i jest związane z przeciążeniem systemu przetwarzania informacji?

Zespół depersonalizacji-derealizacji to klasyczny przykład zaburzeń z pogranicza normy i patologii, zasadność jego rozpoznawania jest ciągle dyskutowana. Oznacza to, że być może terapia zastosowana w opisanym przypadku była skuteczna, ale – co równie prawdopodobne – być może pacjent wyleczył się sam.

## PIŚMIENNICTWO

1. Caley A, Phil D. (red). *Assessment of Neuropsychological Functions in Psychiatric Disorders*. American Psychiatric Press; Washington D.C. 1999, 1: 112.
2. Guralnik O, Schmeidler J, Simeon D. *Feeling Unreal: Cognitive Processes in Depersonalization*. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 103-109.
3. Hunter EC, Phillips ML, Chalder T, Sierra M, David AS. *Depersonalisation disorder: a cognitive-behavioural conceptualisation*. *Behav Res Ther* 2003; 41(12): 1451-67.
4. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Vesalius, IPIŃ; Kraków, Warszawa 2000, 2: 147.
5. Kokoszka A. *Wprowadzenie do terapii poznawczo-behawioralnej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; Kraków 1999.
6. *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*. Elsevier Urban&Partner; Wrocław 2000, 1: 195.
7. Medford N, Sierra M, Baker D, David AS. *Understanding and treating depersonalisation disorder*. *APT* 2005; 11: 92-100.
8. Ackner B. *Depersonalization I. Aetiology and phenomenology*. *Journal of Mental Science* 1954; 100: 838-853.
9. Hunter EC, Sierra M, David AS. *The epidemiology of depersonalisation and derealization. A systematic review*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 9-18.
10. Aderibigbe YA, Bloch RM, Walker WR. *Prevalence of depersonalization and derealization experiences in a rural population*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001; 36: 63-69.
11. Sierra M. *Depersonalization. A New Look at a Neglected Syndrome*. Cambridge University Press; New York 2009.
12. Blanke O, Landis T, Spinelli L et al. *Out-of-body experience and autoscapy of neurological origin*. *Brain* 2004; 127: 43-258.
13. Blanke O, Mohr C, Michel CM et al. *Linking out-of-body experience and self processing to mental own-body imagery at the temporoparietal junction*. *J Neuroscience* 2005. 25: 550-557.
14. Simeon D, Guralnik O, Hazlett EA, Spiegel-Cohen J, Hollander E, Buchsbaum MS. *Feeling Unreal: A PET Study of Depersonalization Disorder*. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1782-1788.

### Adres do korespondencji:

Jacek Gierus  
Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia  
Klinika Psychiatrii – Oddział II FK  
05-802 Pruszków, ul. Partyzantów 2/4  
tel.: (22) 758 63 71  
fax: (22) 758 75 70  
e-mail: jgierus@gmail.com