

0 znaczeniu remisji w psychiatrii

On the importance of remission in psychiatry

Bartosz Łoza, Marcin Kuna, Piotr Smolaga

Klinika Psychiatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego



Bartosz Łoza,
Kierownik Kliniki
Psychiatrii Warszawskiego
Uniwersytetu
Medycznego, prezes
Polskiego Towarzystwa
Neuropsychiatrycznego,
prezes Towarzystwa
Przyjaciół Pacjentów AMICI.

STRESZCZENIE

Pojęcie remisji w psychiatrii nie jest jednoznacznie zdefiniowane. Stosuje się je równocześnie z innymi, bliskoznacznymi terminami, jak *poprawa* czy *wyzdrowienie*. Proponowanych jest wiele definicji remisji w odniesieniu do zaburzeń psychicznych. Ich stałą cechą stanowi pełny czy niemal pełny brak objawów psychopatologicznych, trwający na tyle długo, by umożliwić odtworzenie funkcjonowania psychospołecznego. W systemie Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 zadeklarowano, że niejednoznaczność definicji wynika ze zróżnicowania między poszczególnymi zaburzeniami. Tymczasem operacyjne zdefiniowanie remisji ma fundamentalne znaczenie dla przebiegu terapii. Osiągnięcie remisji to najważniejszy cel leczenia, a równocześnie najważniejsze kryterium oceny skuteczności metod terapii, wyznacza także naturalny koniec w rozpoznaniu danego zaburzenia lub jego nawrotu. W nawiązaniu do tych niejednoznaczności rozwijają się u pacjentów przeświadczenia o trwałości czy nieuleczalności zaburzeń psychicznych, o zdeterminowaniu ich życia przez traumatyczne wydarzenia. Te anachroniczne poglądy wywodzą się jeszcze z XIX-wiecznej psychiatrii, a więc z czasów, w których faktycznie nie oferowano skutecznych metod terapii, a perspektywa życia była wybitnie krótka – tym samym niemożliwa była obserwacja naturalnego ustępowania większości zaburzeń funkcjonalnych. Niejednoznaczność koncepcji remisji przyczynia się więc do powstania szkodliwego stereotypu, sprzecznego z celami i możliwościami współczesnego leczenia. Jest on też spreczny z naturalnym przebiegiem zaburzeń funkcjonalnych, ulegających wewnętrznej ewolucji, zwłaszcza przy zaistnieniu 5-, 10-letnich okresów remisji – podobnie jak ewolucji ulegają wszelkie psychologiczne składniki życia psychicznego, w tym nawet te najtrwalsze, jak profil naszej osobowości.

Słowa kluczowe: poprawa, remisja, wyzdrowienie

NAJWAŻNIEJSZE

Remisja jest pojęciem kluczowym dla ustalenia celu leczenia, skuteczności metod terapii oraz faktu wyzdrowienia. Remisja 5-letnia lub 10-letnia praktycznie kończy okres zaburzeń lub znacząco redukuje ich wewnętrzny wpływ na długoterminowy przebieg funkcjonowania.

HIGHLIGHTS

Remission is a key concept in determining the goal of treatment, the effectiveness of treatments, and the fact that healing is achieved. A 5-year or 10-year remission practically ends the period of disorders or significantly reduces their internal impact on the long-term course of functioning.

ABSTRACT

The concept of remission in psychiatry is not unequivocally defined. It is used simultaneously with other, synonymous terms such as improvement or recovery. Many definitions of remission in relation to mental disorders are proposed. Their core permanent feature is the complete or nearly complete absence of psychopathological symptoms, lasting long enough to allow the recovery of psychosocial functioning. In the system of the International Classification of Diseases ICD-10, it was declared that the ambiguity of the definition results from the differentiation between particular disorders. Meanwhile, the operational definition of remission is of fundamental importance for the course of therapy. Achieving remission is the most important goal of treatment, it is also the most important criterion for assessing the effectiveness of treatment methods, and it marks a natural end to the duration of a given disorder or its recurrence. In relation to these ambiguities, patients develop convictions about the permanence or incurability of mental disorders, about the determination of their lives by traumatic events. These anachronistic views come from the nineteenth-century psychiatry, i.e. from the times when effective treatments were not offered, and the life perspective was extremely short, and thus it was impossible to observe the natural recovery of most functional disorders. The ambiguity of the concept of remission thus contributes to the emergence of a harmful stereotype, contrary to the goals and possibilities of modern treatment. It is also inconsistent with the natural course of functional disorders that undergo internal evolution, especially with the occurrence of 5- or 10-year remission periods – just like all psychological components of mental life, including even the most persistent ones, such as personality profile, evolve.

Key words: improvement, remission, recovery

WSTĘP

W psychiatrii stosuje się trzy terminy bliskoznaczne, chociaż nietożsame, opisujące „longitudinalną” (potwierdzającą się w czasie) prognozę zakończenia obserwowanych zaburzeń:

- poprawa (*improvement*)
- remisja (*remission*)
- wyzdrowienie (*recovery*).

Poprawa jest najczęściej określana jako znacząca redukcja – w odniesieniu do wyjściowego stanu klinicznego – nasilenia objawów chorobowych. Może to zostać ustalone na bazie doświadczenia klinicznego lekarza (np. skale serii CGI) lub poprzez przyjęcie kryterium ilościowego (np. spadek nasilenia symptomów o 50% w zastosowanej skali klinicznej). Praktycznie będzie to kombinacja redukcji objawów chorobowych w określonym czasie. Poprawa nie musi być z tego punktu widzenia ani pełna, ani trwała.

Remisja jest pojęciem opisującym pełną lub zbliżoną do pełnej poprawę. Należałoby w tym przypadku mówić o niewykrywalności symptomów chorobowych lub – jeśli są używane skale klinicznie – spadku poniżej jakiegoś minimalnego poziomu punktacji. Niezbędne jest też przyjęcie kryterium czasowego – trwałej nieobecności objawów. W praktyce klinicznej (patrz niżej) remisja może być definiowana według różnego stopnia przybliżenia się do owej „pełnej” poprawy.

Wyzdrowienie to termin proponowany, by opisać pełną i trwałą remisję (bez jakiegokolwiek relatywizacji). Termin ten nie jest często uwzględniany, skoro praktycznie pokrywa się z opisaną powyżej „pełną i trwałą” remisją.

Mimo powszechnego użycia i praktyczności tych pojęć Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, World Health Organization) nie zdecydowała się jednak na ich jednoznaczne zdefiniowanie w aktualnej, 10. wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Cho-

rób (ICD-10, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) [1]. Podobnie zrezygnowano z ich literalnego wyjaśnienia w ramach specjalnego słownika terminów, towarzyszącego wprowadzeniu klasyfikacji do użycia – pojęć tych w ogóle nie ma w leksykonie [2]. Z kolei niniejsze terminy są powszechnie wykorzystywane w niniejszej klasyfikacji w odniesieniu do poszczególnych zaburzeń. Zasadniczo więc należałoby je (poprawę, remisję, wyzdrowienie) rozumieć jako nieobecność wyszczególnionych w kryteriach symptomów czy braku spełnienia innych kryteriów (np. czasowych). To stanowisko powinno się jeszcze uzupełnić o ogólne kryteria zdrowienia, takie jak powrót do poziomu funkcjonowania właściwego dla danej osoby, grupy, pokolenia etc. Jeszcze inaczej i do pewnego stopnia prościej wygląda sytuacja w przypadku badań naukowych, w których w celu zdefiniowania poprawy klinicznej wykorzystuje się metody statystyczne, różnicujące wyniki uzyskane w porównywalnych grupach (aktywnej, kontrolnej, referencyjnej etc.) lub po prostu porównuje się statystycznie stan psychopatologiczny przed leczeniem i po nim.

KLASYFIKACJA MIĘDZYNARODOWA CHOROÓB ICD-10

Jak wskazano, w aktualnej wersji Klasyfikacji Międzynarodowej Chorób [1] nie zdecydowano się na zdefiniowanie poprawy, remisji czy wyzdrowienia, uzasadniając to zmiennością cech poszczególnych zaburzeń. Nie znajdziemy też tych terminów w towarzyszącym ICD-10 leksykonie [2]. Odwołania do nich odnajdziemy natomiast w odniesieniu do każdego zaburzenia z osobna. Ich rozumienie sprowadza się do braku określonych jakościowo objawów (podstawowych, osiowych), do braku określonej liczby symptomów (nasilenia zaburzeń),

a także niespełnienia kryteriów czasowych ich występowania. Dopuszczalna (niepatologiczna) jest obecność pojedynczych objawów w codziennym życiu (poziom syndromologiczny rozpoznania).

Czasem system jest dodatkowo uszczegóławiany, jak w przypadku określenia poprawy w przebiegu schizofrenii. Schizofrenia to wyjątkowy stan, ponieważ najważniejszą kwestią w jej długoterminowym przebiegu są dwie powiązane ze sobą prognozy:

1. czy występują nawroty?
2. czy występują symptomy rezydualne?

WHO, chcąc przełamać fatalne przekonanie odnośnie do ciężkości i długotrwałości zaburzeń schizofrenicznych, a równocześnie uwzględniając postępy w metodach leczenia, zaproponowała trzy poziomy zdrowienia, kodowane jako:

- .x3 postać z zaostrzeniami chorobowymi, ale też z remisją pomiędzy tymi epizodami (*episodic remittent*)
- .x4 postać, w której remisja jest niemal pełna (*incomplete remission*)
- .x5 postać z pełną i trwałą remisją (*complete remission*).

Jest to stanowisko z gruntu optymistyczne i postępowe w stosunku do poglądów sprzed ery aktywnej terapii. Postać kodowana jako x5 oznacza, że pacjent łącznie nie ma już nawrotów oraz nie doświadcza objawów rezydualnych. Byłby to więc stan odpowiadający pojęciu wyzdrowienia. Tym samym więc nawet najcięższa, ikoniczna choroba psychiczna – schizofrenia – została uznana za stan mogący w pełni i trwale ustąpić.

Dylematem jest z kolei to, jak liczyć ów czas „trwałości” poprawy:

1. wliczając w to jeszcze okres leczenia?
2. czy dopiero po zakończeniu terapii, o ile – co także nie jest wcale zdecydowane – takie leczenie w ogóle należy przerywać?

Chociaż warunek drugi wydaje się bardziej przekonujący logicznie, to jednak długotrwała terapia nie jest tym samym co leczenie stanów ostrych. Odbywa się z reguły na minimalnym poziomie dawek (np. preparatami o przedłużonym działaniu, podawanymi co 1–3 miesiące), a więc *de facto* raczej jest to forma późnej profilaktyki.

JAKIE KRYTERIUM PEŁNEJ I TRWAŁEJ REMISJI: 5 CZY 10 LAT?

Kryterium 5 lat dla stwierdzenia remisji jest bardzo popularne w medycynie, zwłaszcza w onkologii. Rozumie się je w tej dziedzinie niemal symbolicznie – jako wyleczenie ze śmiertelnie groźnej choroby. Jednak jest też uzasadnione ogólnomedycznie, w tym użyteczne w psychiatrii [3].

Przypadek 1.

Pacjent z psychozą, który dopuścił się czynu zabronionego, po ustaleniu niepoczytalności został zobowiązany do leczenia i w związku z tym uczestniczył w 5-letnim programie ambulatoryjnej farmakoterapii. Rozważano wystąpienie psychozy endogennej lub reaktywnej.

Leczenie przebiegało w dwóch fazach. Początkowo, jeszcze w okresie dezorganizacji psychotycznej, podawano neuroleptyki (rysperydon, olanzapinę) i benzodiazepiny (temazepam). Następnie, przez większość okresu leczenia, stosowano neuroleptyki długo działające, podawane w iniekcjach (olanzapinę, arypiprazol). Okresowo, w czasie zaburzeń snu, podawano temazepam. Przez pół roku, z powodu obniżenia nastroju, leczenie olanzapiną długo działającą uzupełniono sertralinią. Nigdy nie stwierdzono psychotycznego zaostrzenia przebiegu choroby.

Chociaż długotrwała terapia została zapoczątkowana zobowiązaniem pacjenta przez sąd do leczenia, czemu on się tylko „podporządkował”, to równocześnie stał się beneficjentem tego systematycznego leczenia, uzyskując w każdym aspekcie funkcjonowania (zawodowym, społecznym, indywidualnym) znaczące osiągnięcia. W momencie uchylecia kontroli sądowej pacjent zdecydował się na zaprzestanie farmakoterapii, co jednak nie doprowadziło do wystąpienia w okresie średnioterminowym (2 lat) zaostrzenia psychotycznego.

Jeśli remisja trwa 5 lat, jest to wystarczający czas, by doszło do odtworzenia, a przede wszystkim utrwalenia odpowiedniego poziomu funkcjonowania, sprawności społecznej, sprawności zawodowej czy rozwoju jednostki. O ile teoretyczna nawrotowość w przypadku schizofrenii, jak w powyższym przykładzie, jest po pierwszym epizodzie niemal pełna (przy braku leczenia), o tyle 5-letni okres remisji to wybitny prognostyk właśnie braku istotnego ryzyka dla nawrotów choroby psychicznej [3]. Z kolei podkreśla się [4], że w kilkudziesięcioletnim przebiegu chronicznych zaburzeń psychicznych tylko pierwsze w przybliżeniu 10 lat ma charakter czynnościowy, z czasem zaś (kolejne 10 lat) funkcjonowanie jest zdeterminowane raczej czynnikami bieżącymi, psychospołecznymi, a wreszcie w kolejnym 10-letnim okresie decydują o stanie psychicznym wewnętrzne zasoby (w tym genetyczne) jednostki. Obserwacje jeszcze dłuższe, np. 14-letnie [5], jedynie potwierdzają to, że w okresie do 10 lat praktycznie uzyskujemy jednoznaczny prognostyk odnośnie do przebiegu zaburzeń i rokowania co do trwałości remisji.

Nawet osobowość, definiowana tradycyjnie jako zbiór naszych najbardziej trwałych, indywidualnych cech, okazuje się w badaniach longitudinalnych nietrwała. W perspektywie kilkudziesięciu lat życia cechy osobowości ulegają niemal w całości zmianom [6]. Nawet kanon tzw. wielkiej piątki, czyli najważniejszych cech osobowości: neurotyczności, ekstrawersji, otwartości, ugodowości i sumienności, jak wykazały badania – traci swoją integralność [7]. W tej sytuacji przeświadczenie, że jakiegokolwiek zaburzenia, w tym traumy, mogą przetrwać

w powiązaniu z osobowością – jak w jakiejś „kapsule czasu” – są nieprawdziwe. Na przykład szczególnie głębokie zmiany w strukturze osobowości zachodzą między 20. a 30. r.ż., kiedy zmienia się m.in. nasza społeczna postawa – ugodowość, poziom syntonii, neurotyzm czy gotowość do pomocy innym [7]. W rezultacie jakiegokolwiek koncepcje „przechowywania” w niezmiennym postaci zaburzeń psychicznych są niewiarygodne. Mamy wiedzę o określonym, typowym czasie zachorowania i wygasania zaburzeń. Na przykład bardzo charakterystyczna chronologia dotyczy zaburzeń lękowych – młodzież cierpi względnie często na takie dysfunkcje jak nerwica natręctw czy fobia społeczna, natomiast wraz z przekroczeniem 30. r.ż. zachorowania na te zaburzenia stają się mało prawdopodobne, gdy tymczasem rozpowszechniają się napady paniki i zespół lęku uogólnionego [5]. Niezależnie od tego, jak bardzo szkodliwe są warunki społeczne, a leczenie – nieskuteczne, nie będzie kontynuacji zachorowań młodzieńcych w okresie dorosłości [5]. Podobnie osobowość pograniczna, dramatyczna w przebiegu lat 20+ życia, praktycznie w latach 30+ stopniowo wygasa i pozostawia jedynie różnego stopnia skłonność do przeżyć depresyjnych.

Diagnoza w psychiatrii jest formułowana w ramach tzw. modelu pięcioosiowego (zespół kliniczny, osobowość, stan fizyczny, funkcjonowanie psychospołeczne, długoterminowy, tj. co najmniej roczny przebieg) [1]. Oczywiście wszystkie zjawiska na każdej z tych osi mogą ulec znaczącym zmianom i tak też się dzieje. Perspektywa 5-letnia czy 10-letnia jest na tyle długa, że zmiany na pewno pojawią się w profilu tych pięciu osi. I nie jest to tylko skutek jakiegoś indywidualnego, społecznego czy cywilizacyjnego *panta rhei*, lecz w takim samym stopniu efekt ewolucji ośrodkowego układu nerwowego, który przebudowuje się w całym okresie życia [8].

W przebiegu 5-, 10-letnich remisji na pewno dojdzie do przebudowy funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego, wejścia w nowy etap życia, przebudowy systemu wsparcia, ustalenia nowej sieci społecznej, systemu motywacji i sposobów reagowania. W tej sytuacji, po okresie tego typu remisji, każde kolejne zaostrzenie stanu psychicznego będzie etiopatogenetycznie już jakościowo nowym zaburzeniem, jedynie odzwierciedlającym w pewnym stopniu część wcześniejszych sposobów reagowania, wykształconych i utrwalonych w przeszłości.

PAMIĘĆ WYDARZEŃ I JEJ ZAFALSZOWANIA

Badania nad zespołem stresu pourazowego (PTSD, *post-traumatic stress disorder*) wykazały, że ścisła zbieżność wystąpienia w czasie stresora i początku zaburzeń nie jest oczywista. Jednakże związek ten musi być wykazany według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 [1]. Wszystkie objawy kliniczne PTSD muszą wystąpić w ciągu 6 miesięcy od stresującego wydarzenia lub końca okresu stresu. Tylko wyjątkowo,

co jednak wymaga od diagnostów wykazania niekwestionowanego, szczególnego przebiegu wydarzeń, może zaistnieć początek PTSD opóźniony o więcej niż 6 miesięcy.

Przypadek 2.

Kobieta, obecnie 38-letnia, zaszła w ciążę w wieku 16 lat. Ciąża nie stanowiła wyniku przestępstwa. Przebieg ciąży był nieprawidłowy i doszło do poronienia. Przez następne 2 lata u pacjentki występowały różnorodne zaburzenia lękowe i depresyjne. Z tego powodu korzystała z psychoterapii i farmakoterapii (lek podstawowy – escitalopram oraz okresowo kwetiapina i lorazepam). Z kolei przez następne 20 lat jej funkcjonowanie było niezakłócone, m.in. założyła rodzinę, ma dwoje dzieci. W wieku 38 lat ujawniły się szybko narastające zaburzenia hormonalne (m.in. niedoczynność tarczycy), zaburzenia profilu i stężenia cytokin, a równocześnie stany braku motywacji, braku energii, myślenie katastroficzne na temat swojej rodziny. W szczególności w myśleniu pacjentki odtworzyła się „ciągłość” między faktem poronienia przed laty a jej obecną sytuacją. Przez kilka miesięcy przyjmowała leki przeciwdepresyjne, jednak nie uzyskano poprawy. Treści te ustąpiły natomiast w całości po zastosowaniu substytucji hormonalnej (hormonów tarczycy) i doraźnie kwetiapiny oraz lorazepamu.

Istotą dysfunkcji u 38-letniej pacjentki były zaburzenia typu reakcji Bonhoeffera. Takie reakcje, wywoływane różnorodnymi czynnikami egzogennymi, przebiegają podobnie, choć równocześnie „cierpią tematycznie” z wydarzeń własnej przeszłości lub z przeżyć innych osób. Dość charakterystyczne było to, że wystąpiła pseudolekooporność na leki przeciwdepresyjne, chociaż ich użycie wydawało się na początku uzasadnione. Dopiero jednak usunięcie etiologicznej przyczyny (niedoczynności tarczycy) oraz zastosowanie kwetiapiny, środka przeciwdziałającego dezintegracji myślenia, przyniosło powodzenie w leczeniu, w tym ustąpienie objawów depresyjnych. W momencie wyczerpania wewnętrznych zasobów u pacjentki uruchomiły się typowe depresyjne błędy poznawcze, zgodne z koncepcją Aarona Becka, takie jak: generalizacja, negatywne filtrowanie informacji czy obwinianie siebie.

WHO w międzynarodowej klasyfikacji daje „bezpieczniki czasowe”, by nie rozpatrywać wpływu odległych wydarzeń z przeszłości jako przyczyny wystąpienia po latach ostrych zaburzeń. Zasadniczo musi być zachowana zbieżność przyczyny i skutku w czasie. Wszystkie zaburzenia adaptacyjne wywołane stresem nie mogą utrzymywać się dłużej niż 6 miesięcy, z wyjątkiem przedłużonych reakcji depresyjnych (do 2 lat). Możliwe jest utrwalanie wzorców depresyjnego reagowania w profilu osobowości, jednak – jak wskazano powyżej – o ile pełna remisja trwała ponad 5–10 lat, nieprawdopodobne jest, byśmy mieli do czynienia z tymi samymi zaburzeniami co poprzednio. Oczywiście deklaracje pacjentów – ich przeświadczenia o ciągłości zaburzeń – są swoistym błędem poznawczym, analogicznym do metasymulacji czy

zaburzeń pozorowanych, natomiast nie mają charakteru intencjonalnego. Tego typu błędy poznawcze są fundamentem nadawania przeszłych znaczeń współczesnym wydarzeniom i podstawowym utrudnieniem dla psychoterapii (nie można „wyleczyć” przeszłości). Na szczęście, generalnie, wraz z wiekiem stajemy się z reguły bardziej stabilni emocjonalnie, bardziej sumienni i współpracujący społecznie, co jest rokowniczo korzystne w każdym przypadku wychodzenia z zaburzeń psychicznych [7].

Przypadek 3.

37-letni mężczyzna zgłosił się z powodu uzależnienia od alkoholu i szkodliwego spożycia środków stymulujących. W swoich wypowiedziach uporczywie powracał do niedawnego rozstania z partnerem, z którym był w związku przez ok. 7 lat. W pewnym momencie zaczął też nawiązywać do wcześniejszych doświadczeń z innym homoseksualnym partnerem (dorosłym), gdy on sam miał wówczas 15 lat. Ten pierwszy związek w jego ocenie przebiegał traumatycznie, z opuszczeniem przez partnera, czego nie zaakceptował i próbował wówczas się otruć. Korzystał wówczas z terapii ketapią (początkowo) i fluoksetyną (w okresie późniejszym). Pacjent funkcjonował w następnych latach bez zaburzeń, m.in. współtworzył – jeszcze jako osoba nieletnia – firmę gastronomiczną, rozwinął ją do sieci placówek i nadal pozostaje jej współwłaścicielem. W międzyczasie ukończył zaocznie studia wyższe. Usiłował zbudować związek z partnerką, bo – jak wyjaśniał – chciał mieć dzieci, jednak zrezygnował i wówczas związał się ze swoim długoletnim partnerem. W trakcie rozstania oskarżył partnera o niewierność, o brak zaangażowania, o opuszczenie w czasie kryzysu – pandemii. Z czasem przyznał zresztą, że sam również był niewierny. W tej fazie przeżywał fantazje, że znów jest w związku, że partner już za chwilę zadzwoni, przyjdzie, „słyszał” go i „widział”. Przyznał, że w ich związku dochodziło do przemocy, w tym także fizycznej, ale też, że równocześnie ich praktyką były stosunki sadomasochistyczne. Po rozstaniu, a przed zgłoszeniem się po poradę, dokonał próby samobójczej. Cierpiał na bezsenność, uporczywie powracał do rozmów z partnerami, przeżywał je jako żywe, aktualnie dziejące się. Chciał opuścić Polskę, zmienić zawód, sprzedać firmę. Przestał chodzić do pracy, by nie spotykać znajomych, którzy przypominali mu „stare, dobre chwile”. Po 2 miesiącach bezwzględnej abstynencji pacjent przestał doznawać nawracających wspomnień typu flashbacks. Stosowano równocześnie olanzapinę, prowadzono sesje psychoterapii. Po 3 miesiącach pacjent zrezygnował z dalszej terapii, czuł się „w pełni wyleczony”. U pacjenta można stwierdzić kilka warstw symptomów. Podstawowym rozpoznaniem i czynnikiem spustowym aktualnych zaburzeń było uzależnienie od alkoholu i jego destrukcyjne oddziaływanie na całokształt funkcjonowania pacjenta. Jednocześnie wystąpiły elementy dysocjacyjne, w tym histrioniczne, związane z traumą rozstania z partnerem. Te z kolei uległy automatyzmowi myślowym, mechanizmowi

generalizacji (z nawiązaniem do przeżyć młodzieńczych), myśleniu spolaryzowanemu (dotychczasowy partner jako wróg, również poprzedni jako wróg, a sam pacjent jako ich ofiara) czy maksymalizacji oraz „emocjonalnemu wnioskowaniu” (chory przyjmował, że emocjonalne rozstanie jest końcem wszystkiego). Część z tych przeżyć mogłaby być interpretowana jako objawy PTSD, ale z kolei brakowało przez kilkanaście lat ciągłości jakichkolwiek zaburzeń wywodzących się z okresu młodzieńczego (co zresztą sugerował sam pacjent). W szczególności wieloletnia remisja nie pozwala na tego typu uproszczenie. Pacjent przez lata funkcjonował najzupełniej poprawnie, rozwijał się indywidualnie, społecznie i zawodowo. W ramach „niepodzielnej jaźni” odbierał obecnie ogół swoich przeszłych i współczesnych zaburzeń jako jednolite, hybrydowe przeżycie. Zgodnie jednak z tym, co najistotniejsze, to proces trzeźwienia zdecydował o reintegracji psychicznej. Nie można byłoby wnioskować o tym rozpoznaniu przed przeprowadzeniem terapii. Intensywne leczenie (abstynencja, farmakoterapia, psychoterapia) doprowadziła do reintegracji i generalnego poczucia, że chory jest już „w pełni wyleczony” – zarówno w odniesieniu do obecnych, jak i przeszłych dolegliwości. Ponadto oczywiste jest, że pacjent ma swoisty „dług terapeutyczny” – nie przepracował wystarczająco swoich młodzieńczych traum. W swoich 20+ i 30+ latach życia najwyraźniej nie miał takiej potrzeby, pozostając przez większość czasu w trwałej remisji. Młodzieńcze doświadczenia seksualne, do których pacjent nie był przygotowany, bo nie mógł być, stały się wzorcem reagowania dla bardziej współczesnych, jednak odrębnych już zaburzeń. Nie można więc mówić o przetrwałych czy nawrotowych zaburzeniach młodzieńczych o charakterze PTSD (kryteria nie są spełnione).

PODSUMOWANIE

Kwestia remisji ma wybitne znaczenie praktyczne. Remisja to zarówno główny cel leczenia, jak i dowód skuteczności przyjętych metod terapii. Jednocześnie remisja, zwłaszcza remisja wieloletnia, nie jest tylko stanem „braku objawów”, lecz okresem odtworzenia życiowego *prosperity*, przywrócenia kompetencji indywidualnych, społecznych i zawodowych. Praktycznie po 5 czy 10 latach remisji nie można mówić o ciągłości tych samych zaburzeń, gdyż zmienia się całokształt uwarunkowań wewnętrznych i zewnętrznych zaburzeń psychicznych. Traktowanie zaburzeń psychicznych jako „domyślnie” trwałych wynika w ogóle z ugruntowania stereotypów w odniesieniu do psychiatrii. Ludzie są przeświadczeni, że zaburzenia psychiczne będą postępować przez całe życie, a sam pacjent – chociaż będzie toczył z nimi heroiczną walkę – to i tak w końcu doświadczy jakiejś „katastrofy”. Zaburzenia psychiczne mogą być tylko „złe”. Nie ma „dobrych” zaburzeń psychicznych. Tego typu stereotypy działają bezwzględnie i są destrukcyjne przede wszystkim dla samych pacjentów, którzy nie mogą czerpać korzyści

z osiągniętej remisji z powodu fundamentalnej „niewiary” w nią. Jak głębokie są to stereotypy? Na przykład przyjmowane jest bezrefleksyjnie jako najzupełniej „słuszne i sprawiedliwe”, że leczenie zatruć alkoholowych odbywa się na koszt samych pacjentów i to nie w jednostkach ochrony zdrowia, tylko w placówkach będących polskim fenomenem – w izbach wytrzeźwień. Tymczasem uzależnienie to choroba, a ludziom trzeba po prostu pomagać, nie oceniając ich. Nikt nie formułuje „oskarżeń” ani nie wymaga, by ludzie „sami sobie zapłacili za leczenie”, gdy mają nadciśnienie (a można trywializować, że „trzeba było więcej się relaksować”), cierpią na cukrzycę („trzeba było nie jeść słodczy”) czy mają nadwzroczność („trzeba było nie czytać tylu książek”) etc. Natomiast osoby, które zachorują psychicznie, nawet jeśli znajdą gdzieś w internecie wsparcie, nie mogą już wrócić do „normalności” (umownej niszy społecznej wyznaczonej przez opinię większości). W tej sytuacji doświadczenie własnych zaburzeń psychicznych będzie „nieusuwalne” i będzie skłaniać do negatywnej samooceny oraz odliczania do wystąpienia we własnym życiu ww. „katastrofy”. Standardowe radzenie sobie z tego typu tajemnicą to jej ukrywanie. Tajemnica ta będzie jednak przechowywana jak odbezpieczony granat i traktowana – przez samego pacjenta, ale też jego otoczenie – ze śmiertelną powagą, w poczuciu, że faktycznie zaburzenia psychiczne są czymś niewyobrażalnym, zmieniającym cały układ odniesienia i determinującym fatum przyszłości. I chociaż tak nie jest, całość tych rozważań stanowi skutek niekorzystnych automatyzmów myślowych. Przeświadczenie o bezwzględnej determinacji naszego życia wskutek traum z przeszłości stanowi jeszcze jeden automatyzm według teorii Aaron Becka. Inną kwestią jest natomiast to, że wtórne przeżywanie traum, np. w czasie źle prowadzonej psychoterapii, czy wtórna wiktyimizacja (np. na sali sądowej), ma najzupełniej realne znaczenie etiopatogenetyczne dla aktualnego stanu zdrowia. Odniesienie do wydarzeń z przeszłości jest tu jednak tylko pośrednie.

WNIOSKI

1. Pojęcie remisji w psychiatrii nie jest jednoznacznie zdefiniowane. Stosuje się je równocześnie z innymi, bliskoznacznymi terminami, takimi jak *poprawa* czy *wyzdrowienie*. Proponuje się wiele definicji remisji w odniesieniu do zaburzeń psychicznych. Ich stałą cechą jest pełny czy niemal pełny brak objawów psychopatologicznych, trwający na tyle długo, że umożliwia przywrócenie odpowiedniego funkcjonowania psychospołecznego.
2. Operacyjne zdefiniowanie remisji ma fundamentalne znaczenie dla przebiegu terapii. Osiągnięcie remisji jest najważniejszym celem leczenia, a równocześnie najważniejszym kryterium oceny skuteczności metod terapii, jak również wyznacza naturalny koniec w rozpoznaniu danego zaburzenia lub jego nawrotu.

3. Wobec niejednoznaczności w definiowaniu pojęcia remisji rozwijają się u pacjentów przeświadczenia o trwałości czy nieuleczalności zaburzeń psychicznych, o zdeterminowaniu ich życia przez traumatyczne wydarzenia. W celu przeciwdziałania tym przeświadczeniom Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-10 wymaga w przypadku zaburzeń reaktywnych spełnienia ścisłych kryteriów czasowych pomiędzy wystąpieniem przyczyny (stresora) a ujawnieniem się zaburzeń psychicznych, a jednocześnie jest wymagane ich **ograniczone** występowanie w czasie lub wskazanie uzasadnienia dalszej ewolucji obrazu klinicznego.
4. Wystąpienie remisji trwającej 5–10 lat pozwala z dużą pewnością stwierdzić, że ewentualne kolejne pogorszenie stanu psychicznego będzie jakościowo nowym zaburzeniem albo zaburzeniem klinicznie złożonym, w którym współuczestniczą już nowe mechanizmy przyczynowo-skutkowe.
5. Intensywne leczenie w początkowym okresie zaburzeń, m.in. przy wykorzystaniu neuroleptyków atypowych i benzodiazepin oraz psychoterapii, jest korzystne rokowniczo.

PIŚMIENICTWO

1. WHO. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Diagnostic criteria for research*. World Health Organization, Genewa 1993.
2. WHO. *Lexicon of psychiatric and mental health terms*. World Health Organization, Genewa 1994, 2nd ed.
3. Haan L, Nimwegen L, Amelsvoort T et al. *Improvement of subjective well-being and enduring symptomatic remission, a 5-year follow-up of first episode schizophrenia*. *Pharmacopsychiatry*. 2008; 41(4): 125-8.
4. Seligman MEP, Walker EF, Rosenhan DL. *Psychopatologia*. Zysk i S-ka, Warszawa 2017.
5. Patton GC, Coffey C, Romaniuk H et al. *The prognosis of common mental disorders in adolescents: a 14-year prospective cohort study*. *Lancet*. 2014; 383(9926): 1404-11.
6. Harris MA, Brett CE, Johnson W et al. *Personality Stability From Age 14 to Age 77 Years*. *Psychol Aging*. 2016; 31(8): 862-74.
7. Srivastava S, John OP, Gosling SD et al. *Development of personality in early and middle adulthood: set like plaster or persistent change?* *J Pers Soc Psychol*. 2003; 84(5): 1041-53.
8. Leckey M, Federmeier KD. *Age-related shifts in hemispheric dominance for syntactic processing*. *Psychophysiology*. 2017; 54(12): 1929-39.

Adres do korespondencji

Bartosz Łoza
Klinika Psychiatrii Wydziału Medycznego
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
02-353 Warszawa, ul. Szczęśliwicka 36
e-mail: bartosz.loza@wum.edu.pl