

Martyna Pawłowska¹, Cyryl Kurpiel², Marcin Obrębski², Andrzej Kokoszka²

¹Psychoterapeuta Gestalt, Szkoła Psychoterapii Gestalt w Warszawie

²II Klinika Psychiatrii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Zastosowanie modelu metabolizmu informacyjnego Antoniego Kępińskiego do opisu diagnostycznego — analiza stanu psychicznego osoby ze schizofrenią

Application of Antoni Kępiński's concept of information metabolism to description: mental state description of a person with schizophrenia

Abstract

Antoni Kępiński created a concept of information metabolism and used it to describe the main psychiatric disorders in a series of monographs. A multi-axial schema of psychotherapeutic diagnosis was made based on that concept. The aim of this study was to present a schema to describe mental state of a person with schizophrenia. Axis I Borders (psychosis evaluation); Axis II Self-control — assessment of dysfunctional beliefs and internal conflicts; Axis III Functional structures — personality traits; Axis IV Energetic resources; Axis V Abilities to incorporate new information — abilities to cope with stress; Axis VI Abilities to eliminate useless data — defense mechanisms.

In this work, authors perform a comprehensive description of a mental state occurring in a person with schizophrenia, by identifying issues for psychotherapeutic intervention with the use of the designed structured interview and the diagnostic tools for the assessment of most of the axes: Axis I — Object Relations and Reality Testing Inventory; Axis II — General Self Efficacy Scale; Axis III — Temperament and Character Inventory; Axis V — The Coping Inventory of Stressful Situation; Axis VI — Defense Style Questionnaire-40.

Psychiatry 2019; 16, 2: 94–101

Key words: interviews as topic, case reports, schizophrenia, psychotherapy

Wstęp

Koncepcja metabolizmu informacyjnego została opracowana przez Antoniego Kępińskiego, zwięźle w krótkim artykule [1], a następnie w serii monografii [2–5]. Zdaniem tego autora przeżycia człowieka mogą być lepiej opisane przy zastosowaniu biologicznego modelu opartego na strukturze i funkcjonowaniu komórki biologicznej niż za pomocą ówczynie powszechnie stosowanych technicznych modeli przetwarzania informacji, według których

działają różne urządzenia. Na podstawie tej koncepcji opracowano wieloosiowy schemat diagnozy psychotherapeutycznej, przedstawiony w serii publikacji [6–13].

Obejmuje on:

Oś I — Ocena granic (w analogii do błony komórkowej) — poczucia tożsamości oraz poczucia (testowania) rzeczywistości, a w szczególności granic:

- pomiędzy jednostką a zewnętrznym światem — odróżnianie siebie od otaczającej rzeczywistości
- pomiędzy wewnętrznymi reprezentacjami siebie (self) i innych ważnych postaci (obiektu) — odróżnianie własnych opinii od poglądów innych ważnych osób.

Oś II — Ocena zdolności samokontroli (w analogii do jądra komórkowego) — zniekształceń w systemie

Adres do korespondencji:

Andrzej Kokoszka
II Klinika Psychiatrii WUM
tel. 22 326 58 92
e-mail: andrzej.kokoszka@wum.edu.pl

podejmowania decyzji (nadawania znaczenia — wartości) — dysfunkcyjnych przekonań i wewnętrznych konfliktów, a w szczególności:

- zdolności utrzymania wewnętrznego porządku,
- poziomu dojrzałości porządku,
- poczucia rzeczywistości i sprzężenia zwrotnego jednostki z otoczeniem,
- zdolności podejmowania autonomicznych decyzji,
- ocena systemu wartości, dysfunkcyjnych przekonań, wewnętrznych konfliktów.

Zawiera ocenę wpływu na system wartości warstw: biologicznej, emocjonalnej, społeczno-kulturowej.

Oś III — Ocena struktur czynnościowych (w analogii do siateczki endoplazmatycznej — cech osobowości). Stanowią one podstawę podejmowania decyzji i można w nich wyróżnić:

- struktury czynnościowe głębokich struktur osobowości (egosyntoniczne), nie podlegające spontanicznie znacznym zmianom i mogące ulegać niewielkim modyfikacjom pod wpływem oddziaływań długoterminowych;
- struktury czynnościowe związane z bieżącym funkcjonowaniem (egodystoniczne) podatne na zmiany pod wpływem oddziaływań krótko- i średnioterminowych.

Oś IV — Ocena zasobów energetycznych, czyli psychicznej siły (w analogii do mitochondriów) ocena czynników wpływających na sprawność procesów psychicznych:

- biologicznych (stan somatyczny),
- psychologicznych (problemy psychologiczne),
- społecznych (wsparcie społeczne).

Ocena ta sprowadza się do odpowiedzi na pytanie: z jakimi problemami pacjent może sobie radzić, a jakie są w danym momencie dla niego za trudne.

Oś V — Ocena zdolności do syntezy (w analogii do rybosomów) — mechanizmów radzenia sobie ze stresem:

- asymilacji nowych informacji,
- akomodacji istniejących schematów funkcjonalnych do nowych informacji.

Oś VI — Ocena zdolności do eliminacji niepotrzebnych do funkcjonowania, zgodnie z zasadami rzeczywistości, danych (w analogii do lizosomów) — mechanizmów obronnych:

- zdolność eliminowania wpływu niekoniecznych informacji.

Schemat ten umożliwia zintegrowaną ocenę diagnostycznych wymiarów wykorzystywanych w psychoterapii poznawczo-behawioralnej oraz psychodynamicznej. Opublikowany został przykład wykorzystania tego schematu do opisu pacjenta z zaburzeniem stresowym pourazowym [12]. Koncepcja metabolizmu informacyjnego nadal wzbudza zainteresowanie i jest kontrowersyjnym przedmiotem dyskusji [14].

Model ten jest zgodny z opisami istoty poszczególnych zaburzeń psychicznych przez Kępińskiego. W schizofrenii dotyczą one nieprawidłowości granic i centrum kontroli [3], w chorobach afektywnych ośrodka energetycznego [5], a w nerwicach eliminacji niepotrzebnych danych [2]. Zaburzenia osobowości cechują nieprawidłowości w strukturach odpowiedzialnych za odbiór, przetwarzanie i asymilację informacji oraz niewłaściwy rozwój poszczególnych warstw systemu wartości [4].

Celem pracy jest ilustracja możliwości zastosowania schematu diagnozy psychoterapeutycznej według metabolizmu informacyjnego za pomocą ustrukturyzowanego wywiadu oraz dodatkowych diagnostycznych kwestionariuszy.

Badanie składa się z ustrukturyzowanego wywiadu diagnostycznego według metabolizmu informacyjnego opracowanego przez autorkę pracy magisterskiej [15] na podstawie wcześniejszych opisów [11, 13] (tab. 1) oraz

Tabela 1. Ogólny system diagnostyczny według koncepcji metabolizmu informacyjnego

Table 1. A multi-axial schema of psychotherapeutic diagnosis based on a concept of information metabolism

| I. Samokontrola | |
|-----------------|--|
| 1. | W jakim stopniu realizuje Pan/i swoje cele: ogólnie w życiu, w życiu codziennym, w leczeniu choroby? |
| 2. | W jakim stopniu to, co Pan osiąga [...] zależy od Pana? Od czego jeszcze zależy i w jakim stopniu? |
| 3. | Jak łatwo Pana wytrącić z wewnętrznej równowagi? |
| 4. | W jaki sposób odzyskuje Pan/i spokój? |
| 5. | Jakie znaczenie dla Pana/i ma opinia innych osób na temat pana/i problemów? |
| 6. | Czy zdolność radzenia sobie z problemami (stresem) jest u Pana/i podobna przez całe życie, czy uległa zmianom? |
| 7. | Jak pan/i ocenia swój temperament — sposób reagowania i nastrój (melancholik, choleryk, sangwinik, flegmatyk)? |
| 8. | W jakim stopniu na Pana/ią działanie mają emocje? |



I. Samokontrola

9. Jak pan znosi sytuacje konfliktu z osobami, które mają odmienny od pana system wartości — np. przekonania polityczne czy religijne?
10. Czy odczuwa Pan/i jakieś poważne konflikty wewnętrznie?

II. Struktury funkcjonalne (czynnościowe)

1. Czym Pan/i zwykle się kieruje, podejmując decyzje? Jakie wartości są najważniejszym wyznacznikiem podjęcia przez Pana/ią decyzji? (dot. Pacjenta, dot. innych)
2. Jaki wpływ mają opinie innych ludzi na Pana/i opinię, dotyczącą Pana/i, Pana/i problemów, innych ludzi, światopoglądu?
3. Czy zdarzyło się Panu/i zmienić swoją opinię (zdanie, postawę) pod wpływem innych ludzi? W jakich sytuacjach i jakie miało to znaczenie dla Pana/i?

III. Granice

1. Czy miał/a Pan/i kiedykolwiek wrażenie braku poczucia rzeczywistości, realności zdarzenia, które Pan/i przeżywał? Jeśli tak, to kiedy i jak jest teraz?
2. Czy zdarzyło się Panu/i słyszeć lub widzieć coś niezwykłego, czego inni ludzie nie dostrzegali?
3. Co Pan/i sądzi o sobie, jaką Pan/i jest osobą? Co sądzą o Panu/i najbliższe (najważniejsze) dla Pana/i osoby (rodzice, żona, przyjaciele)?
4. Co Pan/i sądzi o swoich problemach, chorobie, życiu, a co sądzą inne ważne dla Pana/i osoby?
5. Jaki chciałby/łaby Pan/i być, a jakie oczekiwania wobec Pan/i mają najbliżsi? Czy ma Pan/i poczucie, że oczekiwania innych wobec Pana/i mają wpływ na to, jaki/a Pan/i jest?

IV. Zasoby energetyczne

1. Czy chorował/a Pan/i na jakieś poważne/przewlekłe choroby somatyczne? Czy konsekwencje którejkolwiek z chorób somatycznych są przez Pana/ią odczuwalne obecnie?
2. Z jakimi problemami psychicznymi obecnie Pan/i się zmagają? Jakie wywołują emocje, zachowania, myśli? Co dla Pana/i jest obecnie najtrudniejsze? Jakie ma Pan/i sposoby radzenia sobie z nimi? Czy możliwe jest dla Pana/i obecnie ich rozwiązanie — których tak, a których nie? W jaki sposób? Czy poza problemami natury psychologicznej ma Pan/i problemy życiowe? Jakie i czy są w jakiejś zależności z problemami psychologicznymi?
3. Czy ma Pan/i poczucie wsparcia społecznego? Jeśli tak, to od kogo? Jak wygląda wsparcie od (XX) i w jakim stopniu?

V. Zdolności syntezy

1. Czy zdarza się Panu/i zmieniać swoje zdanie na jakiś temat po uzyskaniu nowych informacji, które go dotyczą, np. choroby?
2. Czy zdarzyła się Panu/i sytuacja, w której zwykle zachowuje się Pan/i tak samo, a pod wpływem rozwoju sytuacji zachował/a się Pan/i inaczej?
3. Czy zdarza się Panu/i zmienić swoją reakcję, kiedy coś Pana/nią zaskakuje?
4. Czy w sytuacjach, które wydają się Panu/i prawdopodobne, zmienia Pan/i swój stosunek tak, aby dostosować się do panującej wówczas sytuacji?

VI. Zdolności eliminacji niepotrzebnych danych

1. Jak Pan/i sobie radzi, kiedy odczuwa takie emocje, jak lęk, frustracja czy poczucie winy?
2. Jakie są Pana/i myśli, zachowanie i czy radzi sobie Pan/i w ten sam sposób w podobnych sytuacjach?
3. Jaki jest Pana/i styl radzenia sobie — zorientowany na: zadanie, emocje, unikanie?
4. W jaki sposób radzi sobie Pan/i ze swoimi obecnymi problemami? Co mógłby Pan/i jeszcze zrobić, aby lepiej sobie radzić z tymi problemami, a co jest w tej chwili zbyt trudne?
5. W jaki sposób chciałby Pan/i radzić sobie z problemami?

testów psychologicznych dobranych do poszczególnych wymiarów diagnostycznych, obejmujących następujące narzędzia psychometryczne:

- Oś I Granice — Badanie Granic i Poczucia Rzeczywistości BORRTI (*Bell Object Relations and Reality Testing Inventory*) [16];
- Oś II Samokontrola — Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności GSES [17];
- Oś III Strukturycznościowe — Test Cloningera TCI (*Temperament and Character Inventory*) [18];
- Oś IV Zasoby energetyczne — ta oś nie została objęta badaniem testowym przez wzgląd na jej łatwą weryfikację obserwacyjno-opisową, oraz brak jednego narzędzia obejmującego stan somatyczny, wsparcie społeczne i sytuację psychologiczną;
- Oś V Zdolności syntezy — Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS (*The Coping Inventory of Stressful Situation*) [19];
- Oś VI Eliminacja niepotrzebnych danych — Kwestionariusz Stylów Obronnych DSQ 40 (*Defense Style Questionnaire-40*) [20].

Pacjentowi przedstawiono cel badania oraz narzędzia, po czym wyraził on zgodę na udział w badaniu. Badanie na prośbę pacjenta przeprowadzono jednego dnia i trwało około 4 godziny z kilkoma około dziesięciominutowymi przerwami. Pacjent zapoznał się z treścią niniejszej pracy i podpisał zgodę na jej publikację.

Badanie zostało przeprowadzone w ramach działalności statutowej II Kliniki Psychiatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i nie było finansowane ze środków zewnętrznych.

Opis przypadku

Dane z wywiadu

Osobą badaną był sześćdziesięcioletni mężczyzna, leczony, z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej od około trzydziestu lat, we względnej remisji, z deklarowanym wglądem w chorobę. Pacjent badany był pod koniec trzynastej hospitalizacji psychiatrycznej.

Miał wykształcenie wyższe o kierunku artystycznym, był rozwiedziony, mieszkał samotnie, na rencie. Zachorował w wieku trzydziestu trzech lat, co jego zdaniem zbiegło się z powstaniem „Solidarności”. Czynnikiem mogącym przyczynić się do początku pierwszej psychozy mógł być stan permanentnego stresu, fizyczny głód, utrata pracy oraz predyspozycje rodzinne. Nadużywał alkoholu w okresie studiów. Był uzależniony od nikotyny. Na szpitalnym oddziale ratunkowym pojawił się, przywożąc chorą na schizofrenię partnerkę, której chciał pomóc. Podczas następnego dnia dostrzegł nasilające się objawy psychotyczne i sam zgłosił się na oddział psychiatrii.

Po konsultacji z psychiatrą został przyjęty, jak mówił „w ostatniej chwili”. W początkowym okresie hospitalizacji występowały u niego halucynacje wzrokowe, urojenia wielkościowe, ksobne, prześladowcze, owładnięcia, zniekształcenia ciała oraz objawy depersonalizacji. Obserwowano także ambiwalencję. Pacjent relacjonował ulgę po włączeniu leków przeciwpsychotycznych tłumacząc to „przejęciem kontroli przez psychiatrę”.

Pacjent miał pięcioro rodzeństwa, w tym upośledzoną umysłowo siostrę. Ojciec pacjenta był emerytowanym wojskowym, który opuścił rodzinę, gdy ten miał cztery lata z powodu kłótni z matką i zdrady z jego strony. Matka pracowała w strukturach Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej oraz piastowała wysokie stanowisko w jednym z instytutów medycznych w Warszawie. Wiązało się to z wysoką pozycją materialną i społeczną. Wychowywała pacjenta i jego rodzeństwo w duchu komunistycznym, co wywarło duży wpływ na rozwój relacji badanego z matką. Podczas wywiadu wspominał o wielogodzinnych awanturach w domu, w tym na tle światopoglądowym. Przez pewien okres mieszkał z żoną poza domem, lecz z powodu trudnej sytuacji materialnej sam wrócił do domu rodzinnego, bez żony. Relacje z ojcem odnowił dopiero po śmierci matki. Próbował przebaczyć matce po jej śmierci tłumacząc, iż była „męczenniczką lewicowości”.

W wieku szkolnym uczył się dobrze, zawsze siedział w pierwszej ławce, gdyż nie musiał natężyć uwagi, aby rozumieć treść zajęć. Wspominał siebie jako osobę zdolniejszą od innych. Posiadał kilku przyjaciół, z niektórymi nadal utrzymywał kontakt. Był nieszczęśliwie zakochany w koleżance ze szkoły. Nie miał żadnych problemów seksualnych, współżył po raz pierwszy w wieku 18 lat. Żonę poznał w wieku studenckim i po ślubie zamieszkał z nią początkowo w domu matki. Po nawróceniu się na katolicyzm, dzięki „przeżyciu duchowemu” konflikt z matką się nasilił i wpłynął destruktywnie na jego małżeństwo. Żona rozwiodła się na prośbę męża, gdyż była zakochana w jego przyjacielu i zmęczona relacją z teściową oraz chorobą męża.

W chwili badania pacjent był w pięcioletnim nieformalnym związku z młodszą od niego, trzydziestoczteroletnią kobietą, także ze zdiagnozowaną schizofrenią. Nie mieszkali razem, partnerka odwiedzała badanego w jego mieszkaniu. Relacje pomiędzy nimi pacjent definiował jako partnerskie, określał się także jako „nauczyciel i opiekun”, gdyż twierdził, że wiek psychiczny partnerki był dużo niższy. Podejmowali próby wspólnego zamieszkania, a nawet planowali ślub, jednak było to dla badanego bardzo ciężkie doświadczenie, dlatego zrezygnował ze swoich zamiarów.

Wieloosiowa diagnoza według koncepcji metabolizmu informacyjnego (zagadnienia wymagające dalszego

postępowania diagnostycznego i terapeutycznego wyróżniono tłustym drukiem):

Oś I. Granice (ocena psychotyczności):

- w okresach psychozy liczne urojenia i omamy — zaburzona zdolność rozróżniania rzeczywistości wewnętrznej od zewnętrznej;
- w chwili badania złagodzone objawy, krytyczny do wcześniejszych urojeń i omamów;
- **wątpliwości budzi traktowanie ostatnio wykonywanej pracy jako „poznane przez sztukę i kreacja” w kontekście występujących w przeszłości okresów psychozy, zaburzających prawidłowe wykonywanie obowiązków zawodowych;**
- jego relacje z innymi ważnymi osobami są względnie dojrzałe, bo uwzględnia w nich potrzeby i punkt widzenia drugiej osoby (obiekt całościowy wg psychoanalizy).

W kwestionariuszu BORTTI wynik wykluczający fałszywość udzielanych odpowiedzi. Badany uzyskał wysokie **wyniki na skalach: Zniekształcona Rzeczywistość i Halucynacje i Urojenia, które należą do skali Testowania Rzeczywistości. Podwyższony wynik na podskali Zniekształcona Rzeczywistość sugeruje poważne zniekształcenia w zewnętrznej i wewnętrznej rzeczywistości, przy braku poważnych problemów w relacji z obiektem.**

Oś II. Samokontrola:

- dysfunkcyjne, wyidealizowane oczekiwania od siebie dotyczące miłości i rozwoju duchowego, które skłaniają go do osiągania stanów, które wykorzystuje artystycznie, ale czynią go podatnym na nawrót psychozy;
- świadomy konflikt pomiędzy miłością do matki, a emocjami związanymi z krzywdami, które z jej strony doznał, przejawiający się w relacjach z kobietami (w aktualnym związku pomiędzy chęcią zaopiekowania się a obciążeniami wynikającymi z jej potrzeb);
- poza okresami pogorszenia wewnętrznie stabilny, wyznaczający autonomicznie realne do osiągnięcia cele;
- wysokie znaczenie nadawane sprawom codziennym jak i ostatecznym;
- **nadawał znaczenie zbiegom okoliczności, których wpływ na swoje życie oceniał na 80%;**
- radził sobie z emocjami poprzez dialog wewnętrzny bądź spacer;
- **nie przywiązywał wagi do opinii ludzi ze swojego otoczenia, gdyż uważał, że są niekompetentni, z wyjątkiem osób najbliższych.**

Warstwa biologiczna — **chory określał się jako osobę o temperamencie flegmatycznym, w odróżnieniu**

od swojej natury choleryka w wieku wcześniejszym, twierdził, że wystąpiły u niego „ubytki” związane z wczesnym pojawieniem się schizofrenii, która spowodowała spłylenie uczuciowe.

Warstwa emocjonalna — w przeszłości wysoka wrażliwość i emocjonalność, obecnie „wypalony” o niższym natężeniu emocjonalnym, brak rozumienia gniewu, który również można wiązać z relacjonowanym przez pacjenta spłyleniem uczuciowym.

Warstwa społeczno-kulturowa:

- badany starał się nie wchodzić w konflikty z osobami o odmiennym systemie wartości czy poglądach;
- **stawiał wobec siebie oczekiwania poradzenia sobie w sprawach życia codziennego, był w stałym lęku o swoją przyszłość, przez wzgląd na swój stan zdrowia oraz stan materialny.**

W Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności badany uzyskał wynik surowy równy 29 punktów, który zawiera się w przedziale szóstogostenu, co oznacza wynik przeciętny w tej skali.

Oś III. Struktury czynnościowe — cechy osobowości:

- system wartości oparty na zniekształconym poczuciu miłości oczekiwanej od matki — pacjent pozostawał w konflikcie między miłością do matki, a krzywdami, których z jej strony doznał;
- **wyidealizowane dążenie do miłości doskonałej, przy jednoczesnym tłumieniu innych emocji z nią związanych;**
- przedstawianie obrazu siebie jako autorytetu moralno-intelektualnego;
- **wycofywanie się z relacji w momencie braku spełniania oczekiwań;**
- **słaba wolicjonalność w sytuacjach wymagających od badanego wysiłku i zmiany struktur poznawczych;**
- **brak nawiązywania stałych relacji emocjonalnych mimo początkowego dużego zaangażowania i samokontrola w obronie przed poczuciem krzywdy emocjonalnej;**
- wysoka tolerancja wobec osób innych poglądów, przy jednoczesnym bagatelizowaniu ich opinii.

W Teście Cech Osobowości Cloningera TCI (*Temperament and Character Inventory*) badany uzyskał następujące istotne (co najmniej jedno odchylenie standardowe powyżej lub poniżej średniej) wyniki:

1. Na skalach temperamentu:

- na skali „Unikanie szkody”: wyniki podwyższone w podskali HA4 (Męczliwość i Astenia — Wigor),
- obniżone w skali P (Wytrwałość).

2. Na skalach charakteru:

- na skali „Samokierowanie”: wyniki podwyższone w podskali SD4 (Samoakceptacja), wyniki obniżone w podskalach SD1 (Odpowiedzialność — Zrzucanie Odpowiedzialności), SD3 (Zaradność — Bezczyнность), SD5 (Nawyki),
- na skali „Skłonność do współpracy”: wyniki podwyższone w podskali C5 (Zintegrowane Sumienie — Przewaga Korzyści Osobistych),
- na skali „Zdolność do autotranscendencji”: wyniki podwyższone w podskalach ST1 (Kreatywne Przekraczanie Własnego Ja — Świadomość Własnego Ja), ST2 (Trans-personalna Identyfikacja — Izolacja Personalna), ST3 (Akceptacja Duchowości — Racjonalizm Materialny).

Oś IV. Zasoby:

1. Energetyczne:
 - **pacjent miał poczucie ogólnego zmęczenia i utraty energii psychofizycznej, co z kolei wpływało na brak motywacji do działania — skłaniało to do dalszego różnicowania pomiędzy objawami ubytkowymi schizofrenii a depresyjnymi;**
2. Biologiczne:
 - przewlekłe choroby somatyczne tj. cukrzyca, wady serca, ślepotą oka wolana wypadkiem (wbił sobie szpi-kulec w oko w wieku 4 lat), miażdżyca, choroba obturacyjna płuc, zwyrodnieniowa choroba kręgosłupa,
 - łatwa męczliwość,
 - badany skarżył się, że porusza się powoli, szczególnie chodzenie po schodach przysparzało mu wiele trudności.
3. Psychologiczne:
 - **brak chęci do aktywności psychicznej, łatwa męczliwość psychiczna w sytuacjach stresujących,**
 - problemy w koncentracji uwagi,
 - stosuje techniki relaksacyjne,
 - skupienie na trudnościach życia codziennego i dolegliwościach somatycznych,
 - **lęk o przyszłość.**
4. Społeczne (wsparcie społeczne):
 - największe wsparcie lokalizował w przychodni psychiatrycznej,
 - wsparcie materialne od stowarzyszeń i ojca,
 - wsparcie psychiczne od ojca i managerki, która zajmuje się promocją dzieł pacjenta.

Oś V. Zdolności syntezy — zdolności radzenia sobie z stresem:

- asymilacja nowych informacji ograniczona przez chorobę psychiczną, świadomie jednak dążył do rozwiązania problemu;

- polegał na opiniach ludzi według niego kompetentnych i pod ich wpływem włączał informacje ze świata zewnętrznego do już ukształtowanych schematów poznawczych, aby utrzymać bądź przywrócić równowagę psychiczną;
 - akomodacja istniejących wcześniej schematów funkcjonalnych do nowych danych — utrudnione przez chorobę psychiczną, poza momentami psychozy, dostosowuje obecne schematy do już istniejących.
- W teście CISS badany uzyskał wysoki wynik w stylu radzenia sobie skoncentrowanym na zadaniu polegającym na racjonalnej ocenie sytuacji stresowej i potraktowaniu jej jako zadania do rozwiązania. Zadaniowy styl radzenia sobie ze stresem uznawany jest za strategię adaptacyjną, szczególnie korzystną w sytuacji stresu długofalowego.

Oś VI. Zdolności eliminacji niepotrzebnych danych — mechanizmów obronnych:

- **badany tłumił trudne emocje i starał się nie dopuszczać ich do swojej świadomości, racjonalizował ich występowanie;**
- **w momentach nawracania wypieranych bądź racjonalizowanych treści badany antycypował problemy przez pryzmat braku umiejętności poradzenia sobie z nimi;**
- **nieświadomie dążył do regulacji emocji związanych ze starzeniem się za pomocą fantazji na temat wyjazdów np. do sanatorium celem regeneracji.**

Z powodu braku polskich norm dla kwestionariusza mechanizmów obronnych DSQ-40 wyniki zostały ocenione według procentowych analiz wyników surowych w stosunku do wyników wposzczególnych grupach mechanizmów, w danym mechanizmie oraz adekwatnie w stosunku do wszystkich mechanizmów obronnych. Pacjent uzyskał następujące wyniki w podskalach:

- mechanizmy dojrzałe M = 12,3;
- mechanizmy neurotyczne M = 11,3;
- mechanizmy niedojrzałe M = 8,7.

Wynika z tego, że najsilniej u badanego stosowane są mechanizmy dojrzałe, a najsłabiej mechanizmy niedojrzałe. Być może jest to związane z poprawą stanu pacjenta oczekującego na zakończenie terapii na oddziale szpitalnym. Wynik ten może być jednak wyrazem stosunkowo dobrej adaptacji do ciężkiego przebiegu choroby z licznymi nawrotami.

Dyskusja

Względy formalne powodują, że opis przypadku jest zwięzły. Zaprezentowano najważniejsze informacje dotyczące poszczególnych wymiarów. Zidentyfikowane zostały dosyć szczegółowe problemy, których omówienie i rozwiązanie może poprawić przebieg choroby. Widać,

że większość z nich jest związana z procesami dotyczącymi emocji, problematyki osobowościowej, a w szczególności poprawy cech charakterologicznych i adaptacji do cech temperamentalnych. Ogólne osłabienie wymaga zintegrowanych oddziaływań medycznych i społecznych. Stwierdzone zaburzenia w osi granic i zdolności samokontroli pokrywają się z koncepcjami Kępińskiego [3], który opisywał u osób ze schizofrenią nieprawidłowości szczególnie w tych dwóch wymiarach. W omawianym przypadku widać, że opis zawarty w poszczególnych osiach dostarcza dużo informacji, nakierowujących na elementy psychiki pacjenta, które mogą stanowić tematy do pracy w terapii. Zastosowana metoda wprowadza element jakościowy w porównaniu z odpowiadającymi im wynikami ilościowymi z wykonanych testów.

Pewnym ograniczeniem omawianego modelu jest czas, niezbędny do eksploracji problemów. Nie jest on jednak bardzo długi, jeśli uwzględnimy ilość otrzymanych informacji oraz możliwość pewnego terapeutycznego działania samego przeprowadzania tego wywiadu. Zaletą jest uwzględnianie zagadnień z zakresu psychodynamicznej i poznawczo-behawioralnej diagnozy i opisanie ustaleń językiem łatwym do zrozumienia przez wszystkich. Jest on mniej ustrukturyzowany niż wywiady diagnostyczne: Ustrukturalizowany Wywiad Kliniczny do Badania Zaburzeń Osobowości SCID [21] czy MINI Międzynarodowy Wywiad Neuropsychiatryczny MINI [22]. Jednak jego celem nie jest postawienie rozpoznania, ale zidentyfikowanie ważnych tematów do postępowania psychoterapeutycznego. Pytania dotyczą szerokiego zakresu zagadnień, a doprecyzowanie poruszanych tematów zależy od doświadczenia oraz zaangażowania badającego.

Zastosowany schemat pozwala na całościowy, względnie głęboki opis stanu psychicznego, który odpowiada czterem z pięciu osi diagnostycznych klasyfikacji *Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV-TR* (DSM-IV-TR) [23]: Oś I — Zaburzenia kliniczne; Oś II — Zaburzenia osobowości,

zaburzenia rozwojowe; Oś III — Stany ogólnomedyczne; Oś IV — Problemy psychospołeczne i środowiskowe. Jednocześnie zastosowane kryteria diagnostyczne są przydatne w oddziaływaniach psychoterapeutycznych.

Zastosowanie narzędzi diagnostycznych do oceny wyróżnionych osi diagnostycznych pokazuje, że są one komplementarne. Wybór zależy od potrzeb diagnostycznych i zastosowane narzędzia mogą być zastąpione innymi, podobnie jak w przypadku osi IV, ocena zasobów energetycznych może być wykonana za pomocą kilku narzędzi. Podsumowując przedstawiony opis przypadku, jest drugą publikacją potwierdzającą możliwość wykorzystania wielowymiarowej diagnozy na podstawie koncepcji metabolizmu informacyjnego i zachęca do dalszych opisów przypadków, a następnie potwierdzenia użyteczności w systematycznych badaniach, na odpowiednio licznej grupie pacjentów, najlepiej w porównaniu z innymi schematami diagnostycznymi.

Wnioski

Ustrukturyzowany wywiad diagnostyczny według metabolizmu informacyjnego umożliwia wszechstronny opis stanu psychicznego osoby ze schizofrenią i zidentyfikowanie problemów wymagających interwencji psychoterapeutycznych, integrując wymiary diagnostyczne wykorzystywane w podejściu psychodynamicznym i poznawczo-behawioralnym oraz ze względu na opis fenomenologiczny może być przydatny w podejściu humanistycznym.

Podziękowania

Artykuł napisany na podstawie materiału stanowiącego podstawę pracy magisterskiej Martyny Kaniewskiej (obecnie Pawłowskiej) pt. „Koncepcja Metabolizmu Informacyjnego jako model psychoterapeutyczno-diagnostyczny” napisanej pod kierunkiem prof. Andrzeja Kokoszki i obronionej w Szkole Wyższej Psychologii Społecznej w Warszawie, Warszawa w 2014 roku.

Streszczenie

Antoni Kępiński stworzył koncepcję metabolizmu informacyjnego i wykorzystał ją do opisu głównych zaburzeń psychicznych w serii monografii. Na podstawie tej koncepcji opracowano wieloosiowy schemat diagnozy psychoterapeutycznej. Celem pracy jest zastosowanie tego schematu do opisu stanu psychicznego osoby ze schizofrenią. Oś I Granice — ocena psychotyczności; Oś II Samokontrola — ocena dysfunkcyjnych przekonań i wewnętrznych konfliktów; Oś III Struktury czynnościowe — cechy osobowości; Oś IV Zasoby energetyczne; Oś V Zdolności syntezy — zdolności radzenia sobie ze stresem; Oś VI Zdolności eliminacji niepotrzebnych danych — mechanizmów obronnych.

W pracy dokonano wszechstronnego opisu stanu psychicznego osoby ze schizofrenią identyfikującego zagadnienia do interwencji psychoterapeutycznych z wykorzystaniem opracowanego ustrukturyzowanego wywiadu i narzędzi diagnostycznych dla oceny większości osi: Oś I — Kwestionariusz relacji z obiektem i poczucia rzeczywistości; Oś II — Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności; Oś III — Test Temperamentu i Charakteru; Oś V — Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS; Oś VI — Kwestionariusz Stylów Obronnych.

Model metabolizmu informacyjnego pozwala na wszechstronną ocenę stanu psychicznego, wymiarach diagnostycznych wykorzystywanych w psychoterapii poznawczo-behawioralnej, psychodynamicznej.

Psychiatria 2019; 16, 2: 94–101

Słowa kluczowe: wywiad jako tematyka, opisy przypadków, schizofrenia, psychoterapia

Piśmiennictwo

1. Kępiński A. O biologiczny model w myśleniu psychiatrycznym. *Psychiatr Pol.* 1970; 4: 373–378.
2. Kępiński A. *Psychopatologia nerwic.* PZWL, Warszawa 1972.
3. Kępiński A. *Schizofrenia.* PZWL, Warszawa 1974.
4. Kępiński A. *Psychopatie.* PZWL, Warszawa 1977.
5. Kępiński A. *Melancholia.* PZWL, Warszawa 1979.
6. Kokoszka A. Information metabolism as a model of consciousness. *Int J Neurosci.* 1993; 68(3-4): 165–177, indexed in Pubmed: [8063522](#).
7. Kokoszka A. Information metabolism as a model of human experiences. *Int J Neurosci.* 1999; 97(3-4): 169–178, indexed in Pubmed: [10372645](#).
8. Kokoszka A, Bielecki A, Holas P. Mental organization according to the metabolism of information model and its mathematical description. *Int J Neurosci.* 2001; 107(3-4): 173–184, indexed in Pubmed: [11328690](#).
9. Kokoszka A. Perspektywy dalszego rozwoju koncepcji metabolizmu informacyjnego w psychoterapii. *Psychiatr Pol.* 2002; 36(6): 885–894.
10. Kokoszka A, Holas P, Bielecki A. Revised version of the of the concept of digesting mental information. *Psychiatr Pol.* 2003; 37(4): 703–712, indexed in Pubmed: [14560498](#).
11. Kokoszka A. Metabolism of information as a model of mental processes and its application for psychotherapy. In Freeman A., Mahoney M., Devito P., Martin D. (eds). *Cognition and Psychotherapy.* Second Edition. Springer Publishing Company, New York 2004: 323–349.
12. Kokoszka A. Trauma in an individual history of life. *Dyn Psychiatr.* 2005; 38: 226–244.
13. Kokoszka A. *States of consciousness. Models for psychology and psychotherapy.* Springer, New York 2007.
14. Ceklarz J. Revision of the conception of Antoni Kępiński's information metabolism. *Psychiatria Polska.* 2018; 52(1): 165–173, doi: [10.12740/pp/65751](#).
15. Kaniewska M.. Praca magisterska *Koncepcja Metabolizmu Informacyjnego jako model psychoterapeutyczno- diagnostyczny.* Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie, Warszawa 2014.
16. Hansen CF, Torgalsbøen AK, Røssberg JI, et al. Object relations and reality testing in schizophrenia, bipolar disorders, and healthy controls: differences in profiles and clinical correlates. *Compr Psychiatry.* 2012; 53(8): 1200–1207, doi: [10.1016/j.comppsy.2012.04.003](#), indexed in Pubmed: [22578986](#).
17. Luszczynska A, Scholz U, Schwarzer R. The general self-efficacy scale: multicultural validation studies. *J Psychol.* 2005; 139(5): 439–457, doi: [10.3200/JRPL.139.5.439-457](#), indexed in Pubmed: [16285214](#).
18. Hori H, Noguchi H, Hashimoto R, et al. Personality in schizophrenia assessed with the Temperament and Character Inventory (TCI). *Psychiatry Res.* 2008; 160(2): 175–183, doi: [10.1016/j.psychres.2007.05.015](#), indexed in Pubmed: [18602163](#).
19. Cosway R, Endler N, Sadler A, et al. The coping inventory for stressful situations: factorial structure and associations with personality traits and psychological health. *Journal of Applied Biobehavioral Research.* 2000; 5(2): 121–143, doi: [10.1111/j.1751-9861.2000.tb00069.x](#).
20. Ruutu T, Pelkonen M, Holi M, et al. Psychometric properties of the defense style questionnaire (DSQ-40) in adolescents. *J Nerv Ment Dis.* 2006; 194(2): 98–105, doi: [10.1097/01.nmd.0000198141.88926.2e](#), indexed in Pubmed: [16477187](#).
21. First MB, Zawadzki B, Popiel A. *Ustrukturalizowany wywiad kliniczny do badania zaburzeń osobowości z Osi II DSM-IV, SCID-II: podręcznik klinicysty.* Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2010.
22. Masiak M, Przychoda-Masiak J. *Mini International Neuropsychiatric Interview. Polish Version 5.0.0.* Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej w Lublinie, Lublin 2002.
23. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR.* Washington, DC 2000.