

Ostre zaburzenie urojeniowe z objawami dysocjacyjnymi – opis przypadku

Acute delusional disorder with dissociative symptoms – case report

Krzysztof Małyszczak, Tomasz Pawłowski, Kamila Tęrsa¹

Katedra i Klinika Psychiatrii AM we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kiejna

¹ Specjalistyczny Zespół Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu

Kierownik: Jan Kulikowski

Summary

Delusions are amongst the main symptoms of schizophrenia. Delusional states may be caused by stress, somatic illness, or may be idiopathic, such as the persistent delusional disorder. Determination of a cause is usually difficult, but it is really important for the treatment. A case report of acute delusional disorder complicated by dissociative symptoms, suggesting an organic cause of the disorder is presented. Delirium caused by neuroleptic intoxication was an additional complication. Detailed informations gathered from relatives and psychological examinations made it possible to determine personality disorder as a ground, and stress as a precipitating factor of acute delusional disorder. Hospitalisation and psychological support helped in getting rid of the psychotic symptoms.

Słowa klucze: zaburzenie urojeniowe, zaburzenie dysocjacyjne, zaburzenie osobowości

Key words: delusional disorder, dissociative disorder, personality disorder

Wstęp

Urojenia są przykładem objawów heteronomicznych, czyli takich, które są jakościowo różne od przeżyć prawidłowych. W historii chorób psychicznych urojenia wraz z omamami uważane były za spektakularny wyraz choroby, co powodowało duże zainteresowanie tymi fenomenami. Powstało wiele teorii próbujących wyjaśnić patogenezę urojeń. Bliższe ich omówienie znajdzie czytelnik w obszernej monografii *Urojenia i omamy* A. Grzywy [1]. Pomimo dość obszernej wiedzy o różnych aspektach urojeń ich natura nie zawsze jest jasna.

Urojenia stanowią jeden z głównych objawów schizofrenii. Mogą one także wystąpić pod wpływem stresu, w przebiegu schorzeń organicznych, zaburzeń osobowości lub jako uporczywe zaburzenie urojeniowe [2, 3]. Określenie przyczyny jest często trudne, jednak istotne dla ustalenia leczenia. Współwystępowanie objawów

neurologicznych, zaburzeń świadomości lub otępienia może sugerować organiczną przyczynę urojeń. Może być ona nietypowa i trudna do ustalenia, np. zatrucie lekami lub skąpoobjawowe zapalenie mózgu. Ważne jest jej ustalenie przed rozpoczęciem leczenia, ponieważ od tego zależy postępowanie terapeutyczne. Stwierdzenie organicznej przyczyny zaburzenia powoduje konieczność uwzględnienia choroby podstawowej, natomiast stwierdzenie przyczyny reaktywnej zwiększa znaczenie terapii psychologicznej i innych metod nefarmakologicznych. Objawy dysocjacyjne towarzyszące zaburzeniu urojeniowemu następczą trudności w odróżnieniu ich od występujących w organicznych schorzeniach. Osoba z rozwijającymi się urojeniami prześladowczymi może interpretować przykre zdarzenia życiowe (na przykład zwolnienie z pracy) jako prześladowanie, co znacznie wzmacnia nasilenie stresu. Pamięć wydarzeń w takich przypadkach jest znacznie zniekształcona, zazwyczaj niezbędne staje się uzyskanie wiarygodnych relacji osób zachowujących dystans do przeżyć pacjenta. Niezależnie jednak od pierwotnej przyczyny urojeń, można je rozumieć jako warunek konieczny dla pacjenta do utrzymania optymalnej integracji i bezpieczeństwa [1].

Opis przypadku

50-letnia kobieta, mężatka, matka 2 córek w wieku 18 i 24 lat. Z zawodu inżynier elektryk, pracuje jako kierownik produkcji. Rodzeństwo – 3 siostry są zdrowe psychicznie i samodzielne. Ojciec pacjentki nadużywał alkoholu.

Przed kilkunastoma laty, w związku z pojawieniem się bolesności oraz wyciekami wydzieliny z piersi, pacjentka nabrała przekonania, że choruje na nowotwór. Wykonała wiele specjalistycznych badań mających na celu potwierdzenie tej diagnozy. Wszystkie one wykluczyły obecność nowotworu, niemniej od tego czasu uważała się za osobę chorą, tylko niedostatecznie zdiagnozowaną. Od 3 lat leczy się z rozpoznaniem astmy oskrzelowej, napady duszności zdarzają się głównie w momentach trudnych emocjonalnie. Nadużywa leków przeciwastmatycznych.

W kwietniu 2002 r. zmienił się właściciel firmy, w której jest zatrudniona. W związku z tym zaostrożono dyscyplinę i kontrolę, pojawiła się groźba zwolnień. Z powodu przewlekłego zmęczenia pacjentka nie nadążała z pracą w ciągu dnia i zabierała do domu poufną dokumentację. W tym okresie pojawiły się drętwienia oraz drżenia rąk, co spowodowało zmianę jej charakteru pisma (w banku odmówiono uznania jej podpisu). W rozmowie zaczęło jej brakować słów, nasilały się problemy z koncentracją uwagi. Pomimo zmęczenia nie mogła wieczorem zasnąć.

W lipcu 2002 r. zginął w wypadku jej kolega z pracy. Pacjentka zinterpretowała jego śmierć jako morderstwo, ponieważ dzień przed śmiercią powiedział, że wykrył nieścisłości w ważnych dokumentach. Od tego zdarzenia wzrosła jej podejrzliwość w stosunku do współpracowników. Dopatrywała się działania zorganizowanej grupy przestępczej. Podejrzewała męża i siostry, że w zмовie z sąsiadami planują wykraść dokumentację i morderstwo.

W sierpniu 2002 r. wyjechała z mężem i sąsiadami na wczasy do Chorwacji. W czasie wyjazdu nasiliły się urojenia prześladowcze, była pewna, że zostanie zamordowana. Zadzwoiła do córki z informacją, że chcą ją otruć, a następnie uciekła do

lasu, gdzie spędziła całą noc. Rano postanowiła uciec, jednak nie znalazła paszportu, co potraktowała jako dowód spisku.

Po powrocie do Polski urojenia się utrzymywały – nadal twierdziła, że rodzina i sąsiedzi spiskują przeciwko niej. Czuli się zagrożona, miała częste ataki astmy oraz omdlenia, wzywano pogotowie ratunkowe. Pod koniec sierpnia 2002 r. wywołała awanturę w sklepie, oskarżając nieznaną mężczyznę o to, że się z niej naśmiewają. Po tym incydencie została skonsultowana psychiatrycznie. Lekarz psychiatra włączył doksepinę i sulpirid, bez istotnej poprawy. W związku z tym została skierowana na leczenie stacjonarne. Pacjentka zdecydowała się na hospitalizację w niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej, gdzie przebywała od 11.09. do 28.09.2002 roku. Podczas hospitalizacji rozpoznano wstępnie chorobę Parkinsona z elementami omamowo-urojeniowymi lub chorobę Alzheimera z objawami psychotycznymi. Wykonano rezonansowe badanie tomograficzne, które nie wykazało nieprawidłowości. Pacjentka leczona była neuroleptykami, ale brak obiektywnych danych na temat rodzaju i dawek stosowanych leków. Z powodu braku poprawy przeniesiono ją do Specjalistycznego Zespołu Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu.

Przy przyjęciu pacjentka była w stanie majaczenia, nie można było nawiązać z nią logicznego kontaktu, odpowiadała jedynie na najprostsze pytania, często nonsensownie. Mówiła niewyraźnie, z trudem, nie pamiętała nawet prostych słów. Sprawiała wrażenie osoby z afazją amnestyczną. Miała zmąconą świadomość i zaburzoną uwagę oraz halucynacje wzrokowe – widziała drobne przedmioty, które starała się zbierać. Wymagała pomocy w jedzeniu i utrzymywaniu higieny. Konsultujący neurolog stwierdził: objawy deliberacyjne, objaw pyszczkowy, w kończynach górnych wzmożone napięcie typu koła zębatego, w kończynach dolnych – plastyczne. Siła mięśniowa prawidłowa, odruchy ścięgnowe wygórowane, obecne obustronne objawy Jacobsona i Rossolimo. Z powodu braku współpracy nie przeprowadzono prób zborności. Konsultant rozpoznał objawy zespołu pozapiramidowego z otępieniem oraz objawami piramidowymi, nasuwające podejrzenie zapalenia mózgu. Zalecono badanie EEG. Pacjentkę przeniesiono na oddział neurologiczny, gdzie w trakcie tygodniowej hospitalizacji wykluczono zapalenie mózgu, rozpoznając pozapiramidowy zespół polekowy. Na oddział psychiatryczny pacjentka powróciła bez majaczenia, jednak w stanie częściowej dezorientacji co do czasu i miejsca, oraz ze znacznym obniżeniem funkcji poznawczych. W ciągu dalszego pobytu na oddziale psychiatrycznym uczestniczyła w regularnych spotkaniach z psychologiem oraz w rutynowych zajęciach rehabilitacyjnych. Zlecono także bromokryptynę, w dawce 5 mg dziennie.

W czasie hospitalizacji wykonano testy psychologiczne pod kątem zaburzeń funkcji poznawczych: Mini Mental State Examination (MMSE), testy Benton, Bender, Test Zegara. Badanie z dnia 17.10.02: MMSE = 14 pkt; 28.10.02: MMSE = 18 pkt., test Bender – WS = 146, WZ = 196, test Benton – 3 poprawne odwzorowania, 10 błędów; 04.11.02: MMSE = 28 pkt., test Bender – WS = 50, WZ = 96, test Benton – 8 popr. odwzorowań, 2 błędy, Test Zegara – nieprawidłowy; 13. 11. 02: MMSE = 28 pkt., test Benton – 8 popr. odwzorowań, 2 błędy, Test Zegara – prawidłowy; 04.12.02: MMSE = 30 pkt., test Benton – 9 popr. odwzorowań, 1 błąd, test Bender – WS = 70, Test Zegara – prawidłowy.

Badania wykazały występowanie parcjalnych zaburzeń funkcji poznawczych: pamięci wzrokowej świeżej, koordynacji wzrokowo-motorycznej, koncentracji uwagi, liczenia, pisania, przy niezaburzonej funkcji przypominania, zapamiętywania oraz praktyki konstrukcyjnej.

Charakter tych zaburzeń jest nietypowy dla otępienia ze względu na tempo wycofywania się objawów oraz ich zmienność w zależności od stanu psychicznego pacjentki. Zmieniał się także charakter błędów; w początkowym okresie występowały liczne błędy typowe dla zaburzeń organicznych CUN (rotacje, persewacje, asymetria, drżenia), które z czasem ustępowały miejsca błędom wynikającym z niepokoju lub specyficznych cech osobowości. Wraz z poprawą lub pogorszeniem się samopoczucia wyraźnie zmieniało się także pismo pacjentki (nasilenie drżenia) oraz mowa. Zmienność w czasie, liczbie i jakości błędów popełnianych przez pacjentkę wskazywała na dysocjacyjny charakter zaburzeń.

Przeprowadzono także badanie osobowości z wykorzystaniem kwestionariusza osobowości MMPI (wiskad). Wyniki testu MMPI: profil niski, postawa wobec badania nieco dyssymulująca; najwyższe skale kliniczne to skala męskości – kobiecości ($Mf = 67WT$) oraz manii ($Ma = 49WT$) i depresji ($D = 46WT$). Pacjentka jest skoncentrowana na sobie, narcystyczna. Przeżywa napięcie, lęk, które uwidaczniają się w somatyzacji. Ma skłonności do depresji, której próbuje zapobiec poprzez podejmowanie aktywności, nadmierne zaangażowanie się w pracę, wywołujące poczucie zmęczenia – zmęczenie powoduje napięcie, którego pacjentka nie potrafi rozładować w bezpośredni sposób, co wzmacnia depresyjność. Niepokój redukuje także poprzez nadmierne zamięłowanie do porządku, upór, oszczędność preradzającą się w skąpstwo.

W relacjach z ludźmi jest nieufna, podejrzliwa, wrażliwa na krytykę, bardzo wymagająca w stosunku do siebie i innych, raczej powściągliwa w okazywaniu emocji. Jest ambitna, z silną potrzebą osiągnięć, sukcesu. Unika rywalizacji ze względu na poczucie niepewności, antycypację porażki. Prezentuje kierowniczo-autokratyczny styl funkcjonowania, przez co nie nawiązuje głęboko emocjonalnych związków (wzbudza dystans, respekt przed własną osobą). Gdy ktoś nie spełnia jej oczekiwań, przeżywa silne uczucia wrogości, agresji, które ujawnia w pośredni sposób. Narcyzm pacjentki związany jest z ukrytą niepewnością, poczuciem bezwartościowości, którym zaprzecza, prezentując życzeniowy obraz siebie oraz naiwną postawę wobec świata (efekt Polyanny). Zaprzecza jakimkolwiek konfliktom w rodzinie, ukrywa niepowodzenia. Ma znaczną potrzebę opieki, bliskości, której nie komunikuje wprost – stosuje w tym celu liczne somatyzacje. W kontakcie powierzchowna, ma trudności w odsłanianiu siebie, introwertywna.

W ciągu dwumiesięcznego pobytu w szpitalu wycofały się wszystkie zaburzenia funkcji poznawczych i objawy dysocjacyjne. Pacjentka uzyskała niewielki wgląd w przeżycia psychotyczne. Twierdziła, że była prześladowana, jednak obecnie już nie jest i wybacza osobom, które ją prześladowały. Ustąpiły urojenia. Pacjentka powróciła do funkcjonowania intelektualnego i emocjonalnego, jak przed chorobą.

Omówienie

Pod wpływem stresu psychospołecznego u pacjentki z łagodnym narcystyczno-paranoicznym zaburzeniem osobowości wystąpiło ostre zaburzenie urojeniowe,

z towarzyszącymi objawami dysocjacyjnymi: niezdolnością, upośledzeniem koncentracji, pamięci, niesprawnością intelektualną, zmianą charakteru pisma, drżeniem. Objawy dysocjacyjne spowodowały obniżenie funkcji poznawczych podobne do otępienia (otępienie rzekome). Stan psychozy paranoicznej był wynikiem załamania się narcystycznych mechanizmów obronnych, szczególnie identyfikacji z pracodawcą. Pacjentka pracowała w lęku, że nie spełni wymagań i zostanie zwolniona. Kompensacyjne, nadmierne zaangażowanie w pracę doprowadziło do przewlekłego zmęczenia, które sprzyjało narastaniu urojeń. Pacjentka przypisała rolę obiektu prześladowczego siostrze, mężowi i sąsiadom, do których prawdopodobnie już wcześniej czuła nieświadomą wrogość. Wydaje się, że w ten sposób uniknęła realnego konfliktu, ponieważ osoby te odpowiedziały zainteresowaniem i troską. Objawy dysocjacyjne wynikały z napięcia spowodowanego lękiem prześladowczym, były formą regresji, zmniejszały lęk i umożliwiały wejście w rolę osoby chorej.

Zastosowane neuroleptyki wywołały zespół piramidowo-pozapiramidowy z maziaczeniem, fenomenologicznie podobny do zapalenia mózgu. Odstawienie leków przeciwpsychotycznych, zastosowanie niewielkiej dawki bromokryptyny oraz wsparcie psychologiczne spowodowały poprawę stanu psychicznego. Leczenie farmakologiczne nie miało istotnego znaczenia. Decydująca była izolacja od sytuacji powodujących stres oraz wsparcie i opieka, niezależniące pacjentkę od członków rodziny, do których była nastawiona urojeniu.

**Острый бредовый синдром, осложненный диссоциативными проявлениями
– описание наблюдения**

Содержание

Бред относится к одному из главных симптомов шизофрении. Бредовый синдром может также появиться под влиянием стресса, при органических заболеваниях, нарушениях личности или же как стойкие бредовые состояния. Определение причины такого явления часто бывает трудным, однако, существенно для установления лечения.

Представлено описание наблюдения над пациенткой с острым бредовым синдромом, осложненным диссоциативными проявлениями, могущими указывать на органический фон. Дополнительную диагностическую трудность составляло маячение, вызванное отравлением нейролептиками. Докладный анамнез от членов семьи пациентки, а также психологические исследования позволили на установление нарушения личности как фона, а также стресса, связанного с работой как фактора, провоцирующего острый бредовый синдром. Пребывание в психиатрическом отделении и психологическая помощь привели к ликвидации психотических симптомов.

Anhaltende wahnhaftige Störungen mit dissoziativen Symptomen - Fallbeschreibung

Zusammenfassung

Die Wahnvorstellungen bilden eins der Hauptsymptome der Schizophrenie. Sie können auch unter dem Einfluss von Stress erscheinen, im Verlauf der organischen Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen oder als persistente wahnhaftige Störungen.

Die Bestimmung der Ursache ist oft schwer, aber signifikant für die Feststellung der Behandlung. Es wurde der Fall einer Patientin mit anhaltender wahnhafter Störung mit dissoziativen Symptomen beschrieben, die eine organische Ursache der Störung suggerieren. Eine zusätzliche diagnostische Schwierigkeit bildete das Delir, das durch die Vergiftung mit Neuroleptika hervorgerufen wurde. Die

ausführliche Anamnese bei den Familienmitgliedern der Patientin und psychologische Untersuchung liessen die Ursache feststellen: Persönlichkeitsstörung und Stress mit der Arbeit als Faktor für anhaltende wahnhaftige Störungen. Der Aufenthalt in der psychiatrischen Abteilung und psychologische Hilfe verursachten, dass die psychotischen Symptome nachliessen.

**Les troubles imaginaires compliqués avec les symptômes de dissociation
– description d'un cas**

Résumé

Les troubles imaginaires constituent un des symptômes principaux de schizophrénie. Ils peuvent se manifester aussi après le stress, comme suite de maladies organiques, troubles de la personnalité ou comme troubles imaginaires persistants. La définition des leurs causes est souvent difficile pourtant elle est importante pour la thérapie. Cet article présente le cas d'une patiente souffrant de ces troubles combinés avec les symptômes de dissociation qui suggèrent leurs causes organiques. Le diagnostic est ici plus difficile à cause de delirium résultant de l'intoxication des neuroleptiques. Les informations détaillées venant de la famille de cette patiente ainsi que l'examen psychologiques permettent de déterminer les troubles de la personnalité comme fondement de ces troubles ainsi que le stress comme facteur provoquant les troubles imaginaires aigus. L'hospitalisation psychiatrique et le support psychologique causent la disparition des symptômes psychotiques.

Piśmiennictwo

1. Grzywa A. *Omamy i urojenia*. Wrocław: Urban & Partner; 2000.
2. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. DSM-IV*. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
3. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*. Geneva: WHO; 1993.

Adres: Krzysztof Małyszczak
Klinika Psychiatrii AM
50-367 Wrocław, ul. Pasteura 10

Otrzymano: 29.05.2004
Zrecenzowano: 5.09.2005
Przyjęto do druku: 27.07.2006