



Brak nasilonych zaburzeń poznawczych u trzech osób z kilkoma nawrotami psychoz paranoidalnych: opis przypadków

Lack of definite cognitive disorders in three patients with relapsing paranoid psychoses: case reports

KRZYSZTOF KRYSTA, ADAM KLASIK, MARIA SYGUT

Z Kliniki Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach

STRESZCZENIE

Cel. Przedstawiono przypadki pacjentek z kilkoma nawrotami psychoz paranoidalnych, u których nie stwierdzono wyraźnych zaburzeń funkcji poznawczych w badaniach neuropsychologicznych.

Przypadek. Wszystkie trzy opisywane pacjentki to osoby młode, dość dobrze funkcjonujące społecznie, mające w wywiadzie kilka hospitalizacji z powodu nawrotów psychoz paranoidalnych. Zostały one poddane badaniu neuropsychologicznemu przy pomocy Wiedeńskiego Systemu Testów. Uzyskane wyniki nie wykazywały wyraźnych deficytów w zakresie badanych funkcji.

Komentarz. Analiza uzyskanych wyników wskazuje na znaczenie badania procesów poznawczych w diagnostyce schizofrenii i innych zaburzeń psychotycznych.

SUMMARY

Objective. Three cases are presented of female patients with several relapses of paranoid psychosis and no distinct cognitive impairment found in neuropsychological assessment.

Case. All three patients are young, quite well functioning in interpersonal contacts, and with a history of several hospitalizations due to relapsing paranoid psychoses. The neuropsychological assessment using the Vienna System revealed no clear-cut deficits in their cognitive functions examined.

Commentary. An analysis of the results obtained indicates the importance of cognitive assessment in the diagnostics of schizophrenia and other mental disorders.

Słowa kluczowe: zaburzenia psychotyczne / funkcje poznawcze / opis przypadku

Key words: psychotic disorders / cognitive functions / case report

Zaburzenia funkcji poznawczych występują u 90% chorych na schizofrenię [1]. Na osłabienie inteligencji ogólnej u chorych na schizofrenię zwrócił uwagę już Kraepelin, który stwierdził pogarszającą się wydolność intelektualną chorych [2]. Pierwszymi badaczami, którzy udokumentowali obniżenie ilorazu inteligencji u osób chorych na schizofrenię byli Rappaport i Webb (1950), którzy poddali ocenie neuropsychologicznej małą grupę 10 hospitalizowanych pacjentów. Podobne wyniki uzyskali w kolejnych latach Lubin i wsp. (1962), w badaniach prowadzonych w armii amerykańskiej, oraz Schwartzman i Douglas (1962) – w armii kanadyjskiej [3]. Z kolei Reichenberg i wsp. (2005) w badaniu populacji osób urodzonych w Izraelu zaobserwowali, że obniżony iloraz inteligencji w okresie dzieciństwa i adolescencji może być czynnikiem ryzyka późniejszego zachorowania na schizofrenię [4]. W schizofrenii występują specyficzne zaburzenia uwagi, które dotyczą czujności, ciągłości oraz selektywności [1]. Ponadto obserwuje się też zaburzenia pamięci operacyjnej związane głównie z nieprawidłowym funkcjonowaniem przedniej korowej okolicy asocjacyjnej mózgu, czyli tzw. kory przedczołowej [5]. Chorzy na schizofrenię przejawiają też upośledzenie fluencji słownej, czyli zdolności do wypowiadania słów zgodnie z wymaganym kryterium. Deficyt taki

wyraża się u nich globalnym osłabieniem fluencji słownej oraz występowaniem perseweracji słownych lub prezentacją słów nie należących do wymaganej aktualnie kategorii [6]. Inny obserwowany rodzaj deficytów neurokognitywnych obserwowanych w schizofrenii to zaburzenia funkcji wykonawczych, które występują u osób zarówno z pierwszym epizodem, jak i u chorujących przewlekle [1].

Ponieważ, jak wspomniano na początku, dane z literatury wskazują na występowanie zaburzeń funkcji poznawczych u ok. 90% chorych pojawia się pytanie, czy objaw ten może i powinien być włączony do kryteriów schizofrenii. Innym pytaniem jest to, czy powinno to być niezależne nowe kryterium, czy tylko dodatek (alternatywa) do już istniejącego kryterium. W pierwszym przypadku wyraźnie podniosłoby to próg wymagań przy stawianiu diagnozy. W kontekście ciągle niekompletnej wiedzy na temat procesów poznawczych proponuje się wyjście bardziej konserwatywne, to jest dołączenie w klasyfikacji DSM-IV tego nowego kryterium do innego, już istniejącego przy pomocy słowa „lub”. Według tej propozycji będzie ono dołączone do kryterium „dysfunkcja społeczna lub zawodowa”, ponieważ istnieje ścisła zależność pomiędzy zaburzeniami poznawczymi a poziomem funkcjonowania [7]. Poniżej przedstawiono przypadki trzech osób z kilkoma nawrotami

psychoz paranoidalnych, po kilku latach leczenia, u których nie stwierdzono wyraźnych zaburzeń funkcji poznawczych

OPISY PRZYPADKÓW

Pacjentka 1

Wiek – 23 lata. Pierwsza hospitalizacja psychiatryczna miała miejsce w wieku 21 lat. Rozpoznano wtedy zaburzenia schizotypowe. Dane z wywiadu wskazywały na występowanie urojeń prześladowczych od 2 lat przed pierwszą hospitalizacją. Zastosowano risperidon w dawce 3 mg/die, który następnie odstawiono ze względu na hiperprolaktynemię. Następnie podawano kwetiapinę w dawce 300 mg/die.

Druga hospitalizacja miała miejsce tego samego roku. Rozpoznano ostre wielopostaciowe zaburzenia psychotyczne z objawami schizofrenii. Przy przyjęciu stwierdzono obniżony nastrój, urojenia prześladowcze, oddziaływania, wpływu, odślonięcia myśli, obecne były myśli samobójcze. Zastosowane leczenie olanzapiną w dawce 20 mg/die.

Kolejne pogorszenie miało miejsce po roku, pacjentka leczona była ambulatoryjnie, wtedy rozpoznano już schizofrenię. Od tego czasu dawka olanzapiny wynosi 30 mg/die. Pacjentka chodziła do szkoły pomaturalnej, zdała następnie na studia pedagogiczne.

Pacjentka 2

Wiek – 22 lata. Początek choroby w wieku 14 lat – podczas rekolekcji w kościele pojawiły się urojenia ksobne i prześladowcze. W leczeniu, początkowo ambulatoryjnym, zastosowano tiorydazynę. Następnie pacjentka leczona była w oddziale psychiatrycznym młodzieżowym – stosowano sulpiryd i risperidon. W kolejnych latach była trzykrotnie hospitalizowana, podczas drugiej hospitalizacji rozpoznano schizofrenię paranoidalną. W trakcie dwóch kolejnych hospitalizacji stosowano terapię elektrowstrząsową.

Ostatnia hospitalizacja psychiatryczna była piątą z kolei. Przy przyjęciu stwierdzono: urojenia ksobne, prześladowcze, odślonięcia, głosy komentujące, dyskutujące, imperatywne. Występowały myśli samobójcze. W chwili przyjęcia pacjentka przyjmowała risperidon 2 mg/die i olanzapinę 20 mg/die. Zastosowano terapię elektrowstrząsową – zabiegi przyniosły poprawę stanu psychicznego, ale po piątym z nich pacjentka wycofała zgodę na leczenie szpitalne. Do domu zalecono risperidon w dawce 4 mg/die.

Pacjentka zdała na studia wyższe – pedagogika specjalna.

Pacjentka 3

Wiek – 25 lat. W 22 roku życia leczyła się w poradni uzależnień, używała amfetaminy 1 raz w tygodniu, ponadto nadużywała benzodiazepin. Dalsze leczenie miało miejsce w PZP – obserwowano wtedy obniżenie nastroju, brak łaknienia, myśli samobójcze, a następnie w oddziale psychiatrycznym – występowały: obniżony nastrój, urojenia ksobne, prześladowcze. Rozpoznano ostre wielopostaciowe zaburzenia psychotyczne z objawami schizofrenii. W leczeniu zastosowano: olanzapinę w dawce 20 mg/die.

W wieku 24 lat nastąpiło pogorszenie, zastosowano wtedy dodatkowo perazynę w dawce 50 mg/die. W wieku 25 lat pacjentka sama odstawiła leki. Nastąpił nawrót obja-

wów: omamy słuchowe, urojenia prześladowcze, ksobne, odślonięcie myśli. Rozpoznano schizofrenię i zastosowano risperidon w dawce 6 mg/die. Ze względu na zaburzenia miesiączkowania nastąpiła zamiana na olanzapinę, obecnie w dawce 15 mg/die.

Ma wykształcenie wyższe pedagogiczne, jest aktywna zawodowo.

Badania psychologiczne

Wszystkie pacjentki zostały poddane ocenie neuropsychologicznej przy pomocy Wiedeńskiego Systemu Testów [8]. Zastosowano testy: CORSI – oceniający pamięć operacyjną, test RT – oceniający czas reakcji na bodziec i COGNITRON – badający procesy uwagi. W teście CORSI diagnozującym procesy pamięci krótkotrwałej wizualno-przestrzennej i procesy uczenia się wizualno-przestrzennego pacjentki uzyskały kolejno wyniki: 7–5, 6–5, 7–5. Wskazują one, iż sprawność pamięci wzrokowo-przestrzennej jak i zdolność do odtwarzania zapamiętanej informacji u wszystkich trzech pacjentek nie są zaburzone (dla pamięci krótkotrwałej norma wynosi 7 ± 2 jednostki informacyjne). Wyniki badania przedstawiono w tabl. 1.

Tablica 1. Wyniki badania trzech pacjentek testem przestrzenno-wzrokowej pamięci krótkotrwałej (CORSI)

Pacjentka	Bezpośrednia rozpiętość pamięci blozków*	Uczenie się rozpiętości pamięci blozków **
1	7	5
2	6	5
3	7	5

* UBS (*Unmittelbare Blockspanne*), wynik obrazuje liczbę blozków na ekranie, których położenie pacjentki były w stanie bezpośrednio odтворzyć

** SBS (*Supra-Blockspanne*), wynik wskazuje ilu powtórzeń wymagało nauczenie się (implicite) położenia liczby blozków przekraczającej rozpiętość odtwarzania bezpośredniego

Wyniki uzyskane w teście RT, przedstawione w tabl. 2, wskazują na to, że uzyskany przez osoby badane czas reakcji wychwycenia bodźca plasuje się w granicach normy (tj. w granicach od 45 T – 65 T) przy jednoczesnym prawidłowym czasie reakcji motorycznej.

Tablica 2. Wyniki badania trzech pacjentek testem czasu reakcji (RT)

Pacjentka	Mediana czasu reakcji (PR)	Mediana czasu reakcji (T)	Rozkład czasu reakcji (PR)	Rozkład czasu reakcji (T)
1	70 (60–90)	55 (40–65)	23 (15–32)	43 (43–53)
2	66 (42–85)	54 (48–60)	69 (46–86)	55 (49–61)
3	74 (42–93)	56 (48–65)	42 (28–58)	48 (44–52)

PR – skala procentowa; T – skala tenowa; w nawiasach odchylenie standardowe

Selektywność uwagi zarówno pierwszej, drugiej jak i trzeciej osoby badanej funkcjonuje w granicach normy (tj. w granicach od 45 T – 65 T) przy jednoczesnej prawidłowej odporności na bodźce zakłócające. Wyniki przedstawiono w tabl. 3.

Tablica 3. Wyniki badania trzech pacjentek testem uwagi i koncentracji (COGNITRON)

Lp. pacjenta	Liczba trafnych i opóźnionych (PR)	Liczba trafnych i opóźnionych (T)	Mediana czasu detekcji (PR)	Mediana czasu detekcji (T)
1	76 (43–95)	57 (48–66)	53 (23–82)	51 (42–59)
2	47 (21–74)	49 (42–57)	26 (10–50)	44 (37–50)
3	76 (43–95)	57 (48–66)	92 (72–99)	64 (56–72)

PR – skala procentowa; T – skala tenowa;
w nawiasach odchylenie standardowe

KOMENTARZ

U każdej z przedstawionych powyżej osób rozpoznano co prawda schizofrenię, lecz możliwe jest, że diagnozy te w przebiegu dalszej terapii będą jeszcze wymagały weryfikacji. U opisywanych pacjentek nie stwierdza się deficytów w zakresie uwagi, pamięci operacyjnej i czasu reakcji. Pacjentki dość dobrze funkcjonują społecznie, studiują lub pracują. Okresowo występują zaostrzenia choroby wymagające hospitalizacji lub intensywnego leczenia ambulatoryjnego. Istnieje prawdopodobieństwo, że obserwowany przez nas brak zaburzeń procesów poznawczych może być związany z heterogenicznością schizofrenii jako choroby. Goldstein i Shemansky w roku 1995 stwierdzili, że różnicowanie poziomu funkcjonowania poznawczego wśród pacjentów chorych na schizofrenię może być związane z heterogenicznością tej choroby [9]. Wśród osób z rozpoznaniem schizofrenii występują duże różnice w zakresie funkcjonowania poznawczego, a patofizjologia tych objawów może być różna niż innych objawów [10]. Różnice w funkcjonowaniu poznawczym mogą występować pomiędzy chorymi ze schizofrenia paranoidalną, rezydualną i niezróżnicowaną, co może wskazywać na to, że chorzy na schizofrenię to grupa heterogeniczna o zróżnicowanym poziomie funkcjonowania poznawczego [11]. W badanej przez siebie grupie osób chorych na schizofrenię Eloitt i wsp. (1995) znaleźli grupę pacjentów z IQ w granicach normy [12]. Zaburzenia funkcji wykonawczych mierzone testem WCST są nie u wszystkich chorych na schizofrenię wyraźnie nasilone [13]. Stosunkowo duża grupa chorych na schizofrenię (ok. 25%) to tacy chorzy, u których zaburzenia procesów poznawczych nie występują lub ich stopień nasilenia jest łagodny [14]. Faktem wartym odnotowania jest też to, że wszystkie trzy przedstawione przez nas osoby chore na schizofrenię są płci żeńskiej. Kobiety w chwili zachorowania mają lepsze kontakty społeczne, wyższe wykształcenie, częściej stałą pracę, w większości opuściły już dom rodzinny, zawarły związek małżeński, lub mają stałego partnera [15]. Dziewczęta chorujące na schizofrenię częściej niż chłopcy osiągają wykształcenie średnie [16]. Mężczyzn cechuje gorsze przedchorobowe funkcjonowanie, wcześniejszy wiek pierwszej hospitalizacji, większe nasilenie objawów negatywnych, cięższy przebieg choroby [17]. Goldstein i Tsuang (1989), podsumowując dotychczasowe wyniki badań, wymieniali wśród podstawowych różnic wcześniejszy wiek zachorowania i pierwszej hospitalizacji u mężczyzn, gorsze przedchorobowe funkcjonowanie,

większe nasilenie objawów negatywnych, gorszy przebieg choroby, gorszą odpowiedź na leczenie neuroleptykami [18]. U opisywanych przez nas pacjentek wystąpiły objawy, które spełniały kryteria schizofrenii, wg ICD-10, chociaż nie można jednoznacznie wykluczyć, że mieliśmy do czynienia z inną postacią zaburzeń psychiatrycznych, jak psychozy cykloidalne wg Leonharda, a w przypadku drugiej pacjentki, u której obserwowano poprawę po terapii elektrowstrząsowej, w różnicowaniu należałoby też brać pod uwagę zaburzenia afektywne. U każdej z pacjentek stwierdzono pozytywną reakcję na leczenie przeciwpsychotyczne. Nie wystąpiły u nich często obserwowane u osób chorych na schizofrenię zaburzenia funkcji poznawczych. Istnieje prawdopodobieństwo, że zaburzenia takie mogłyby się ujawnić, gdyby zastosowano do diagnostyki neuropsychologicznej szerszą baterię testów.

Dlatego ważne jest, o czym była mowa we wstępie, aby określić miejsce dysfunkcji neurokognitywnych wśród kryteriów diagnostycznych schizofrenii, a także aby dobrać odpowiednio czułe i wystandaryzowane metody do diagnostyki psychologicznej dotkniętych nią chorych.

PIŚMIENNICTWO

- Borkowska A, Rybakowski J. Zaburzenia poznawcze w schizofrenii i chorobach afektywnych. *Med Sci Rev Psychiat* 2004; 25–31.
- Kraepelin E. *Psychiatrie – Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, 8 Auflage. Leipzig: Barth; 1909.
- Rappaport S, Webb W. An attempt to study intellectual deterioration by premorbid and psychotic testing. *J Consult Psychol* 1950; 14: 95–8.
- Reichenberg A, Weiser M, Rapp MA, Rabinowitz J, Caspi A, Schmeidler J, Knobler HY, Lubin G, Nahon D, Harvey PD, Davidson M. Elaboration on premorbid intellectual performance in schizophrenia: premorbid intellectual decline and risk for schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 1297–304.
- Keefe RSE. Working memory dysfunction and its relevance to schizophrenia. W: Sharma T, Harvey P, red. *Cognition in schizophrenia. Impairments: Importance and Treatment Strategies*. New York: Oxford University Press; 2000: 16–50.
- Scully PJ, Coakley G, Kinsella A, Waddington JL. Psychopathology, executive (frontal) and general cognitive impairment in relation to duration of initially untreated versus subsequently treated psychosis in chronic schizophrenia. *Psychol Med* 1997; 27: 1303–10.
- Lewis R. Should cognitive deficit be a diagnostic criterion for schizophrenia? *J Psychiatry Neurosci* 2004; 29: 102–13.
- Wiener Test System. Katowice: Dr Schufried GmbH – Alta; 1993.
- Goldstein G, Shemansky WJ. Influences on cognitive heterogeneity in schizophrenia. *Schizophr Res* 1995; 18: 59–69.
- Palmer BW, Heaton RK, Paulsen JS, Kuck J, Braff D, Harris MJ, Zisook S, Jeste DV. Is it possible to be schizophrenic yet neuropsychologically normal? *Neuropsychology* 1997; 11: 437–46.
- Goldstein G, Shemansky WJ, Allen DN. Cognitive function in schizoaffective disorder and clinical subtypes of schizophrenia. *Arch Clin Neuropsychol* 2005; 20: 153–9.
- Elliott R, McKenna PJ, Robbins TW, Sahakian BJ. Neuropsychological evidence for frontostriatal dysfunction in schizophrenia. *Psychol Med* 1995; 25: 619–30.

13. Goldstein G, Beers SR, Shemansky WJ. Neuropsychological differences between schizophrenic patients with heterogeneous Wisconsin Card Sorting Test performance. *Schizophr Res* 1996; 21: 13–8.
14. Weickert TW, Goldberg TE, Gold JM, Bigelow LB, Egan MF, Weinberger DR. Cognitive impairments in patients with schizophrenia displaying preserved and compromised intellect. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 907–13.
15. Kalisz A, Cechnicki A. Różnice w czynnikach rokowniczych między mężczyznami i kobietami hospitalizowanymi po raz pierwszy z rozpoznaniem schizofrenii. *Psychiatr Pol* 2001; 6: 951–63.
16. Krupka-Matuszczyk I. Wybrane zmienne socjodemograficzne we wczesnej schizofrenii: 23-letnia katamneza. *Post Psychiatr Neurol* 1998; 7: 333–7.
17. Lewine RR. Sex differences in schizophrenia: timing or subtypes? *Psychol Bull* 1981; 90: 432–4.
18. Goldstein JM, Tsuang MT, Faraone SV. Gender and schizophrenia: implications for understanding the heterogeneity of the illness. *Psychiatry Res* 1989; 28: 243–53.

*Adres: Dr Krzysztof Krysta, Klinika Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiej Akademii Medycznej,
ul. Ziołowa 45/47, 40-635 Katowice*