



## Wypadek który zmienił życie – schizofrenia czy PTSD?

*A life-changing road accident – schizophrenia or PTSD?*

RENATA RYBACKA-TORBUS, MARTA SASIŃSKA, BARTŁOMIEJ STASZAK,  
MACIEJ DUBIŃSKI, DOROTA BARANOWSKA-BARTYZEL

Ze Szpitala – Centrum Psychiatrii SPZOZ w Katowicach

### STRESZCZENIE

**Cel.** Przedstawiono trudności diagnostyczne u pacjenta początkowo leczonego z podejrzeniem schizofrenii, u którego ostatecznie rozpoznano PTSD.

**Przypadek.** 29-letni pacjent, po wypadku samochodowym, od kilku lat bez efektu leczony ambulatoryjnie z podejrzeniem schizofrenii. Podczas hospitalizacji u pacjenta zdecydowano się rozpoznać PTSD, odpowiednio kierując dalsze leczenie.

**Komentarz.** Nakładające się czynniki przedchorobowe, okoliczności zachorowania, przebieg choroby i reakcja na leczenie mogą czasem utrudniać różnicowanie między schizofrenią i PTSD.

### SUMMARY

**Objective.** Diagnostic difficulties are discussed in a patient initially treated for suspected schizophrenia, but finally diagnosed with PTSD.

**Case.** A male patient aged 29, after a car crash, treated in the past few years on the outpatient basis for suspected schizophrenia. During his hospitalisation PTSD was eventually recognised and his treatment was altered accordingly.

**Commentary.** Pre-morbid factors superimposed on circumstances of the symptoms onset, the course of the disorder, and response to treatment may sometimes make the differential diagnosis of schizophrenia and PTSD difficult.

---

**Słowa kluczowe:** schizofrenia / PTSD / diagnostyka

**Key words:** schizophrenia / PTSD / diagnostics

---

Takie przeżycia jak lęk, przerażenie wywołane doświadczeniem traumatycznych zdarzeń, towarzyszą ludzkości od początku jej istnienia. Zespół objawów następujących bezpośrednio po zdarzeniu, jak i utrzymujących się przez dłuższy czas pozostał bez zmian. Opisy odczuć, emocji i zachowań osób, które przeżyły zdarzenie traumatyczne dokonywane były już przez pisarzy starożytnych. Definicja PTSD nie daje pełnego obrazu zaburzenia. Opisuje je jako zjawisko statyczne. Tymczasem obserwacja osób z PTSD wskazuje, że jest to proces dynamiczny [1, 2]. Osoby z PTSD przeżywają okresy zrównoważenia, dobrego funkcjonowania, sugerujące pozbycie się zaburzeń. Często jednak po okresie uspokojenia symptomy PTSD wracają i jednostka zaczyna zachowywać się destrukcyjnie (agresja, alkohol, narkotyki) [2].

Należy zaznaczyć również pewne trudności w rozpoznawaniu PTSD. Wyniki wielu badań wykazały, że współwystępowanie PTSD z innymi zaburzeniami jest raczej regułą niż wyjątkiem.

Heitzman [3] stwierdza, że u osób z doświadczeniami traumatycznymi mogą rozwinąć się inne zaburzenia, np. krótkotrwała psychoza reaktywna, zaburzenia dysonocjacyjne, zaburzenia konwersyjne, lękowe zaburzenia

snu, zaburzenia somatyzacyjne, antyspołeczne zaburzenia osobowości [2].

Czynnik ryzyka wystąpienia zaburzenia po stresie traumatycznym wpisany jest także w rolę zawodową i towarzyszy wykonywaniu pracy przez służby ratownicze i policję. Analiza mechanizmów powstawania PTSD wskazuje na wiele czynników, które mogą być traktowane jako potencjalne czynniki ryzyka rozwoju PTSD. Jednak wiedza na temat tego, co zwiększa szansę wystąpienia zaburzeń pourazowych jest bardzo fragmentaryczna [1]. To, czy pojawi się zaburzenie przystosowawcze czy PTSD, zależy nie tylko od samego urazu, ale od znaczenia, jakie mu człowiek nadaje.

### OPIS PRZYPADKU

29-letni pan Zbigniew trafił na oddział naszego szpitala w listopadzie 2002 r. skierowany z PZP, gdzie leczył się od 1999 r. z rozpoznaniem: podejrzenie schizofrenii. Pomimo 3-letniego okresu leczenia neuroleptykami i tymoleptykami, u pacjenta nie uzyskano poprawy stanu psychicznego. Pan Zbigniew podjął leczenie w PZP

w 1999 r., kilka miesięcy po wypadku samochodowym, w którym jako kierowca przeżył dwukrotne dachowanie. Wypadek był dla pacjenta dużym stresem, wiązał się z krótkotrwałym stanem bezpośredniego zagrożenia życia. W trakcie wypadku doznał urazu głowy bez utraty przytomności, miał sztywne powierzchowne rany po lewej stronie głowy i następczy niedosłuch ucha lewego. Poza tym nie odniósł innych obrażeń. Od czasu wypadku samochodowego nastąpiła radykalna zmiana dynamiki i jakości życia pacjenta.

Przed zdarzeniem mieszkał on z rodzicami, bratem i siostrą, był drugim dzieckiem w rodzinie. Ukończył bez problemów w nauce technikum budowlane. Następnie podjął pracę w policji, w trakcie której ukończył szkołę podoficerską. Pracował jako policjant przez 5 lat bezpośrednio przed i przez kilka miesięcy po wypadku samochodowym. W tym czasie brał udział w wielu niebezpiecznych akcjach, z użyciem broni, interwencjach, konwojowaniu. Wspomina, że lubił swą pracę, dawała mu ona dużą satysfakcję. Stale podnosił swoje kwalifikacje biorąc udział w szkoleniach, dbał o sprawność fizyczną, doskonalił sztuki walki. Wywiad obiektywny potwierdza, że był człowiekiem aktywnym towarzysko i zawodowo, lubianym, zadowolonym i realizującym się w życiu prywatnym i zawodowo-społecznym. Alkoholu nie nadużywał. Wypadek, na pozór niegroźny w skutkach (niewielkiego stopnia obrażenia fizyczne), diametralnie jednak zmienił życie tego młodego człowieka.

Rodzina zauważyła, że zaczął się izolować od otoczenia, wycofał się, był mało aktywny. Narzekał na różne dolegliwości fizyczne: bóle głowy, brzucha, w klatce piersiowej, bóle nóg, relacjonował obawy o własne zdrowie, a nawet życie. Bezpośrednio po wypadku, przez kilka miesięcy funkcjonował zawodowo, jednak opisane zaburzenia w znacznym stopniu jego funkcjonowanie objawy stopniowo zmusiły go do rezygnacji z pracy. Jediną formą aktywności pozostały spacerunki z psem. Rodzina zauważyła większą skłonność pacjenta do dysforii, wybuchów gniewu i agresji wobec domowników. Wypowiadał okresowo myśli suicydalne.

Od momentu przyjęcia sam pacjent skarżył się przede wszystkim na dolegliwości bólowe. Przeżywanie tych objawów utrudniało mu podejmowanie aktywności na oddziale, a nawet okresowo uniemożliwowało chodzenie (bóle nóg). Dolegliwości swoje analizował i tłumaczył w „naiwny sposób” posługując się wiedzą medyczną na poziomie szkoły podstawowej. Przyczynę wszystkich fizycznych dolegliwości upatrywał w przeżytym wypadku. Przy przyjęciu i w trakcie hospitalizacji był w płytkim kontakcie słownym i emocjonalnym, co tłumaczył problemami z koncentracją i komunikacją interpersonalną. Dużo czasu spędzał rozmyślając nad modernizacją swojego samochodu w celu podniesienia jego bezpieczeństwa. Pojawiły się również często sny – reminiscencje przeżytego wypadku. Pacjent wspominał szczególnie trudne dla niego chwile gdy musiał wyjść z domu i przechodzić koło samochodów będących w ru-

chu. Zastanawiał się czy kiedykolwiek będzie w stanie poprowadzić samochód.

Z wywiadu wynikało, że okresowo, szczególnie w momentach izolacji i osamotnienia, pojawiały się pojedyncze głosy. Przykry był też dla pacjenta widok koloru czerwonego, nadawał mu specyficzną wagę, interpretował i kojarzył z czymś złym, okrutnym. W trakcie hospitalizacji obserwowaliśmy pacjenta pozostającego w obniżonym nastroju, napięciu, stałym lęku o swoje zdrowie fizyczne, skupionego na licznych bólach. Zwraçały uwagę jego nieufność, niechęć do rozmów na temat wypadku. Stopniowo w trakcie hospitalizacji zdobywając niejako zaufanie pacjenta i dostosowując tempo i sposób rozmowy do jego potrzeb uzyskano pełniejszy obraz natury jego objawów. Głosy słyszane przez pacjenta okazały się w większości własnym wewnętrznym dialogiem między „złą i dobrą częścią jego duszy”. Chory był osobą bardzo religijną – toteż głosy te pojawiały się w sytuacjach wymagających rozstrzygnięcia różnych kwestii moralnych, pojawiały się wyłącznie w chwilach samotności.

W trakcie hospitalizacji zasłyszane informacje o wypadkach komunikacyjnych chory bardzo przeżywał, analizował, wracając wspomnieniami do własnego przeżycia. Te stany napięcia znajdowały często odzwierciedlenie w snach pacjenta, w których kolejny raz „brał” udział w wypadku. Wspomnienie wypadku wyzwała również widok barwy czerwonej, którą chory realnie i plastycznie kojarzył z krwią widzianą po wypadku. W trakcie leczenia obserwowano pewną poprawę nastroju, jednak aktywność stale utrzymywała się na niskim poziomie – ze względu na somatyzację. Dolegliwości te były powodem nadmiernej troski chorego o zdrowie, a nawet życie.

W badaniu tomografii głowy, badaniu neurologicznym, fizykalnym, oraz badaniach laboratoryjnych nie stwierdzono odchylenia od normy. Testy triady organicznej wykazały organiczne zmiany w o.u.n. (Benton –2, +6; Bender 106R). Test Rorschacha wskazał na osobowość introwertywną o niskiej tolerancji na frustrację. MMPI wykazał sztywny sposób myślenia i zachowania badanego, nieufną postawę wobec świata zewnętrznego, skłonność do wyolbrzymiania własnych niepowodzeń i dolegliwości.

Rozpoznaliśmy u pana Zbigniewa PTSD.

W trakcie pobytu podawano początkowo risperidon i sulpiryd, a następnie olanzapinę i wenlafaksynę. Obserwowaliśmy stopniową poprawę w zakresie nastroju, całkowicie ustąpiły myśli suicydalne. Jedinie niewielka poprawa aktywności wynikała z dużej koncentracji pacjenta na licznych somatyzacjach („mógłbym zrobić wszystko, gdyby nie te bóle”). Nadal izolował się, stronił od kontaktu z innymi ludźmi, utrzymywały się też duże problemy z koncentracją.

Został wypisany z oddziału z zaleceniami podjęcia psychoterapii i dalszej farmakoterapii. Nie zdołaliśmy jednak przywrócić panu Zbigniewowi choćby w części jego dawnego życia, życia z przed wypadku.

## KOMENTARZ

Wydaje się, czytając kryteria zawarte w systemie klasyfikacyjnym ICD-10, że rozróżnienie PTSD i schizofrenii winno być łatwe. Choroby są dosyć odległe od siebie w swoich mechanizmach patofizjologicznych. Duża grupa symptomów charakterystycznych dla tych obu zaburzeń jest jasno zdefiniowana, wręcz oczywista. Niemniej jednak, jak widać w przedstawionym przez nas przypadku, rzeczywistość, po raz któryś zresztą, okazała się dość odległa od przefiltrowanej i skondensowanej wiedzy teoretycznej. Nakładające się na siebie czynniki przedchorobowe, okoliczności zachorowania, przebieg schorzenia i reakcja na leczenie zwykle wiodą do właściwego rozpoznania, w tym przypadku jednak początkowo skutecznie wprowadziły w błąd lekarzy.

Trudności diagnostyczne wynikały z dosyć bogatego i różnorodnego w objawy obrazu chorobowego i współwystępowania symptomów zupełnie odmiennych zaburzeń psychicznych.

Za PTSD przemawiały:

1. związek przyczynowo skutkowy: pogorszenie społecznego i zawodowego funkcjonowania po traumatycznym przeżyciu wypadku samochodowego, który stanowił doświadczenie zagrożenia życia,
2. traumatyczne zdarzenie uporczywie powracało i było ponownie przeżywane w snach i na jawie, co wywoływało lęk, negatywne emocje, kojarzyło się ze złem,
3. przeżywanie silnego stresu psychicznego przy ekspozycji przypominającej jakiś aspekt przeżytego zdarzenia (silny lęk przy próbie wyjścia na ulice i przejścia obok samochodów w ruchu),
4. unikanie bodźców związanych z traumą (od czasu wypadku nie wsiadł sam do samochodu),

5. „odrętwienie” psychiczne mające związek ze zdarzeniem traumatycznym (izolował się, wycofywał w każdej z dziedzin życia (rodzinnego, społecznego, zawodowego),
6. „spłylenie” emocjonalne i niezdolność do przeżywania pozytywnych emocji, brak wiary w możliwości powrotu do „normalnego życia”,
7. utrzymujące się trudności z koncentracją, skłonność do dysforii, których przed wypadkiem nie obserwowano.

Objawy 6, 7 mogą występować w schizofrenii, jak również to, co początkowo wprowadziło w błąd lekarzy:

1. izolacja, wycofanie chorego, zmiana stylu życia,
2. trudności w kontaktach interpersonalnych,
3. omamy słuchowe – pojedyncze głosy relacjonowane przez chorego jako „wewnętrzny dialog”,
4. elementy myślenia magicznego – widok barwy czerwonej interpretował i kojarzył ze złem.

Pobyty i obserwacja szpitalna umożliwiły rozpoznanie i ukierunkowania dalszego leczenia. Wydaje się, że najistotniejszą przeszkodą we właściwym rozpoznaniu było w tym przypadku nietypowe dla PTSD znaczne zaburzenie funkcjonowania, sugerujące zmianę i dezintegrację osobowości.

Niewykluczone, że dalszy przebieg choroby skłoni nas do kolejnej weryfikacji rozpoznania.

## PIŚMIENNICTWO

1. Heitzman J. Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. Psychiatria. Tom 2. Wrocław: Urban & Partner; 2002.
2. Dudek B. Zaburzenie po stresie traumatycznym. Gdańsk: GWP; 2003.
3. Heitzman J. Psychiatr Pol 1998; 29 (6).
4. Walker EA. Koszty zespołu stresu pourazowego. Arch Gen Psychiatrii 2003.