



Na pograniczu zespołów psychopatologicznych – trudności diagnostyczne w przebiegu schizofrenii. Opis przypadku

Borderline psychopathological syndromes – diagnostic difficulties in the course of schizophrenia. Case report

IZABELA NIEDŹWIEDZKA, KRZYSZTOF TYCZYŃSKI,
ALEKSANDRA KUHN-DYMECKA

Z I Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE. Praca przedstawia trudny i długi proces diagnostyczny 27-letniego pacjenta, przyjętego do szpitala po trzech latach wyraźnie zmienionego funkcjonowania społecznego. Pacjent w oddziale pozostawał przez długi okres w bardzo trudnym kontakcie, obraz obserwowanych zaburzeń był zmienny i nietypowy. Dopiero po kilku miesiącach leczenia chory ujawnił wiele, rzadko obserwowanych w praktyce klinicznej przeżyć psychotycznych pozwalających na rozpoznanie schizofrenii paranoidalnej.

SUMMARY. The paper presents a long and difficult diagnostic process in a young man whose hospitalisation was preceded by a 3-year period of social dysfunction. During hospitalisation the patient remained for a long time in poor contact and social withdrawal. Symptoms observed were varying and atypical. It is only after several months of treatment that the patient manifested psychotic symptoms very rarely seen in clinical practice, and paranoid schizophrenia could be diagnosed.

Słowa kluczowe: schizofrenia / diagnostyka różnicowa / opis przypadku

Key words: schizophrenia / differential diagnosis / case report

W praktyce klinicznej stawianie ostatecznego rozpoznania opiera się na stwierdzeniu charakterystycznych cech – objawów, zakwalifikowaniu ich do określonego zespołu psychopatologicznego i poszukiwaniu podłoża owych zaburzeń [5, 11]. Niejednokrotnie jednak ten prosty schemat zawodzi. Często, zwłaszcza w psychiatrii, równie istotne są dane z wywiadu o zachowaniu i wypowiedziach pacjenta, a także wnikliwa obserwacja chorego w oddziale. Mimo tak wielostronnego podejścia nie zawsze udaje się uzyskać jednoznaczne stanowisko. Niekiedy zespoły kliniczne występują w formie niepełnej i nietypowej. Ich poszczególne elementy mogą pojawiać się przejściowo i zmiennie oraz przenikać się ze sobą nawza-

jem. Próba przełożenia obserwowanych klinicznie faktów na kryteria badawcze nie zawsze jest prosta. Również proponowane schematy diagnostyczne (np. ICD-10) nie zawsze dają satysfakcjonujące rozwiązanie.

W pracy przedstawiamy przypadek młodego, 27-letniego mężczyzny, u którego obserwowaliśmy bardzo zmienny przebieg zaburzeń. Występujące objawy były niejasne, nie układały się jednoznacznie w określony zespół psychopatologiczny. Pacjent ponadto przez wiele miesięcy pobytu w oddziale pozostawał w trudnym kontakcie i był negatywnie nastawiony do leczenia, co stanowiło dodatkowe utrudnienie w postępowaniu klinicznym.

OPIS PRZYPADKU

Pacjent został skierowany do kliniki z poradni zdrowia psychicznego ze wstępnym rozpoznaniem zespołu paranoidalno-depresyjnego. Z wywiadu zawartego w skierowaniu wiadomo było, że od kilku lat utrzymują się trudności w funkcjonowaniu społecznym - po ukończeniu szkoły nie podjął stałej pracy, izolował się od rówieśników. Wyraźne pogorszenie stanu psychicznego nastąpiło około pół roku przed skierowaniem do szpitala. Zaczął zachowywać się dziwnie - uciekał z domu bądź przez wiele miesięcy z niego nie wychodził, zaniedbał się higienicznie. Znacznie pogorszył się kontakt z rodzicami. Wypowiadał wobec nich niejasne treści o bliżej nieokreślonych prześladowcach, którzy chcą go pozbawić życia. Na prośby rodziców o zgłoszenie się do psychiatry reagował rozdrażnieniem i groził popełnieniem samobójstwa – m.in. chciał wejść do wanny i podłączyć prąd, gromadził w swoim pokoju żyletki i noże.

W izbie przyjęć był spokojny, dostosowany, w obniżonym nastroju. Na pytania udzielał wymijających odpowiedzi. Tłumaczył, że nie chce mówić o swoich problemach z obawy przed reakcją rodziców. Mimo negatywnego nastawienia wobec leczenia, wyraził zgodę na hospitalizację.

Z informacji udzielonych przez rodziców wiadomo było, że pacjent jest jedynakiem. Cięża i poród przebiegały bez powikłań. Do trzeciego roku życia rozwijał się prawidłowo. W trzecim roku życia pojawiło się moczenie nocne. Od tego czasu występowały trudności adaptacyjne. W szkole izolował się od rówieśników, ale był dobrym, spokojnym uczniem, nie sprawiał kłopotów wychowawczych. W wieku 11 lat miał trudności z zaadaptowaniem się w nowej klasie, na pewien czas przestał mówić, nasiliło się moczenie nocne. Był wówczas leczony w dziecięcym oddziale psychiatrycznym z rozpoznaniem reakcji nerwicowej i moczenia nocnego. Po ukończeniu szkoły podstawowej kontynu-

ował naukę w liceum ekonomicznym. Liceum to ukończył z wieloma trudnościami. Potem podejmował kilkakrotnie pracę w supermarketach, przerywał ją po kilku tygodniach, dorywczo statystował w filmach. Przed przyjęciem do szpitala praktycznie przez 6 lat nie miał stałego zajęcia.

Od 12 roku życia pozostawał pod kontrolą PZP. Zgłaszał się nieregularnie, okresowo z powodu moczenia nocnego zalecano mu trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne. W rodzinie leczona psychiatrycznie była ciotka pacjenta. Rodzice nie znali dokładnego rozpoznania – twierdzili, że rozpoznawano u niej „zespół apatyczno-abuliczny”. Z wywiadu wiadomo było też, że znacząca zmiana funkcjonowania pacjenta utrzymywała się od ponad 7 miesięcy. Początek zaburzeń psychicznych rodzice wiązali z wyjazdem na działkę, do którego pacjent został częściowo przez nich zmuszony. Po powrocie twierdził, że ojciec jest „obcym panem”. Do rodziców zaczął zwracać się „pan” i „pani”. Okresowo odmawiał jedzenia, gromadził ostre przedmioty, studiował atlas anatomiczny, nie wychodził z domu.

W oddziale przez pierwsze tygodnie pobytu pacjent był spokojny, większość czasu spędzał samotnie spacerując po korytarzu. Pozostawał w skąpym i formalnym kontakcie. Na wiele pytań odpowiadał niejasno, zdawkowo i wymijająco, nieracjonalnie tłumaczył swoje zachowania. Stwierdzał na przykład, że nie podejmował pracy dlatego, by nie być ubezpieczonym, co w jego opinii miało chronić go przed umieszczeniem w szpitalu psychiatrycznym. Wobec lekarzy i personelu był nieufny. Niechęć do rozmów tłumaczył obawą, że o faktach przekazanych lekarzom mogą dowiedzieć się rodzice. Niekiedy stwierdzał, że się ich boi, nie wymieniając jednocześnie jasnych przyczyny swojego lęku. Bał się też innych pacjentów, czuł się niepewnie, nie wiedział jak ma się wobec nich zachować. Konsekwentnie zaprzeczał danym z wywiadu, zarówno informacjom podanym przez rodziców, jak i lekarza kie-

rującego. Potwierdzał natomiast, że miał w przeszłości myśli samobójcze („kiedyś myślałem, że już nie wytrzymam i sobie coś zrobię”), ale aktualnie zaprzeczał ich obecności. Skarżył się na zaburzenia snu i obniżenie nastroju. Wiązał je głównie z faktem znalezienia się w oddziale psychiatrycznym. Przez pierwsze 3 tygodnie pobytu w oddziale zachowywał się w sposób wycofujący, bierny. Momentami sprawiał wrażenie wyłączonego. Na zadawane pytania odpowiadał po dłuższej chwili zastanowienia. Nastroj był słabo modulowany, obojętny. Chory stale zaprzeczał doznaniom psychotycznym, wytwórczym. Twierdził, że jest zdrowy i powinien zostać wypisany ze szpitala. W trakcie obserwacji sporadycznie zaczęły występować u pacjenta dziwaczne, niedostosowane zachowania: wielokrotnie powtarzając te same ruchy dotykał ścian, włączał i wyłączał światło. Pewnego dnia rozebrał się i leżał nago pod łóżkiem. Rodzicom wyjaśnił, że „jakiś pan kazał mu łapać piłeczki pingpongowe”. Jednocześnie wobec lekarzy uporczywie twierdził, że nic takiego nie miało miejsca. Uderzającą przy tym była obojętna postawa pacjenta, jaką przyjmował wobec swoich zmienionych zachowań, jakby nie dostrzegał ich niezwykłości tak, jakby fakty te go nie dotyczyły.

Kolejnym niepokojącym objawem była okresowo nawracająca nierówność źrenic. W wykonanych badaniach obrazowych: tomografii komputerowej mózgu, tomografii okolic oczodołu i szczytów płuc nie stwierdzono nieprawidłowości. W badaniu MRI mózgu poza niewielkiego stopnia poszerzeniem przestrzeni płynowych nad płacami czołowymi nie stwierdzono zmian patologicznych. W wykonanym badaniu EEG zapis był nieprawidłowy. Zmiany w postaci pojedynczych fal o częstotliwości 2,5-4,3 Hz o zmiennej amplitudzie lokalizowały się w okolicach tylny-skroniowo-potylicznych z przewagą po stronie lewej.

Wykonane badania obrazowe i konsultacja neurologiczna pozwoliły wykluczyć or-

ganiczne podłoże zaburzeń. W badaniu psychologicznym stwierdzono prawidłowy iloraz inteligencji (100 pkt.). Wyniki testów Bender i Bentona były natomiast nieprawidłowe i podobnie jak nieprawidłowy wynik testu TMT – sugerowały dysfunkcję mózgu.

Nadal natomiast mieliśmy trudności z precyzyjnym określeniem rodzaju zespołu psychopatologicznego. W obrazie klinicznym dominowały: zahamowanie, bierność, wycofanie społeczne, bladeść afektu, ubóstwo mimiki, gestów, zubożenie treści wypowiedzi. Mimo wielokrotnych badań nie udało się potwierdzić ewidentnych objawów psychotycznych wskazywanych w wywiadach i sugerujących rozpoznanie zespołu paranoidealnego. Obserwowane niedostosowane zachowania, elementy zastygania, stereotypie ruchowe mogłyby przemawiać za niepełnoobjawowym zespołem katatonicznym. Mimo stosowanego kolejno leczenia (perazylna do 300 mg, risperidon do 4 mg) nie uzyskano poprawy ani w zakresie funkcjonowania pacjenta, ani poprawy kontaktu. Chory bardzo źle tolerował wyższe dawki neuroleptyków – pogłębiało się zahamowanie, narastała senność, zaniedbywał wygląd zewnętrzny, higienę. Występowały też objawy pozapiramidowe: sztywność mięśni i akatyzja. Wobec skarg pacjenta na obniżenie nastroju podjęto decyzję o leczeniu klomipraminą (przez okres 4 tygodni w dawce do 100 mg/die) stopniowym odstawieniu neuroleptyku, lecz nie przyniosło ono oczekiwanej poprawy aktywności i nastroju.

Brak poprawy i trudny kontakt z pacjentem utrzymywał się przez pierwsze 3 miesiące pobytu w klinice. Chory był apatyczny, spowolniały i bierny. Swoje złe samopoczucie stereotypowo tłumaczył samym faktem znalezienia się w szpitalu: „nie mogę być aktywny, bo jestem w szpitalu, nie mogę czuć się dobrze, bo jestem w szpitalu, szpital mnie przygnębia”. Jednocześnie bał się opuszczać oddział. Twierdził, że może spotkać kogoś znajomego, bał się, że „zostanie potraktowany jak chory psychicznie”.

Powrócono do leczenia przeciwpsycho-
tycznego, tym razem za pomocą olanzapiny
(do 20 mg/die). Po 3 tygodniac leczenia pa-
cjent proszony o wyjaśnienie swoich zacho-
wań poprzedzających hospitalizację po raz
pierwszy spontanicznie ujawnił szereg do-
znań psychotycznych. Przyznał, że przed
wieloma miesiącami, w czasie wspólnego
wyjazdu z ojcem na działkę, po raz pierwszy
usłyszał „głos” – „z tyłu za plecami”, który
zakazywał mu się odwracać, zakazywał mu
patrzeć na czyjaś twarz, jednocześnie naka-
zywał mu zabić ojca. Nabral wówczas prze-
konania, że towarzyszący mu mężczyzna nie
jest jego ojcem. Od tego czasu czuł się
zmieniony, jakby wrócił z kosmosu, jakby
był przez długi czas w śpiączce i nadal miał
wątpliwości, czy jest na planecie Ziemia:
„nie wróciłem do swojego domu, to nie są
moi rodzice” – tłumaczył. Przez wiele mie-
sięcy miał poczucie, które opisywał dość
niejasno: „jestem na ścianie, przytrzymywa-
ny przez jakąś siłę”. Twierdził, że jego ro-
dzice nie żyją, że widział śmierć swojego
ojca na jednym z filmów na video. O odwie-
dzających go rodzicach mówił: „to obcy, ale
dobrzy ludzie, którzy się mną opiekują”.
Jednocześnie w swoich sądach był ambiwa-
lentny – w sytuacji, gdy został poproszony
o wyrażenie zgody na pobranie krwi na ba-
dania genetyczne stwierdził, że musi o to
zapytać swoich rodziców, zdając się nie do-
strzegać sprzeczności w obu tych stwierdze-
niach. W kolejnych tygodniach leczenia
kontakt z pacjentem był dość dobry, on sam
nadal był jednak mało aktywny, sprawiał
wrażenie zagubionego. Stale w wypowied-
ziach powracał do poczucia, że jest umiesz-
czony na ścianie. Pojawiły się też nowe tre-
ści psychotyczne. Chory twierdził, że nie ma
lewej ręki, a jego kończyna „jest omamem”.
Mówił, że wszyscy w otoczeniu doznają te-
go omamu: „widzą coś, czego nie ma” – wy-
jaśniał. W swoich sądach był całkowicie
bezkrytyczny – raz zaproponował nawet le-
karzowi wyjście do laboratorium, by spraw-
dzić, czy nie ma tam jego zamrożonej ręki.

Wypowiadany treściom psychotycznym
nie towarzyszyła adekwatna modulacja afek-
tu. Chory był wobec nich obojętny i zdy-
stansowany, niekiedy nawet mówił o nich
z pewnym rozbawieniem. Jednocześnie, po-
za kilkoma sporadycznymi sytuacjami, gdy
odmawiał wykonania poleceń dotyczących
poruszania ręką, sprawnie posługiwał się
obiema kończynami.

Wobec braku pełnej poprawy w trakcie
kuracji olanzapiną zdecydowano o podaniu
kwetiapiny (do 500/die). Narastał jednak
niepokój, zaostrzyły się doznania psycho-
tyczne. Względna poprawę stanu psychicz-
nego uzyskano podając tiorydazynę i sulpi-
ryd. Pacjent był spokojniejszy, doznania
psychotyczne częściowo wycofały się, lecz
stale pozostawały: zaprzeczanie tożsamości
rodziców, nastawienia ksbne, brak realnych
planów na przyszłość, obniżenie aktywności.
Celem dalszego leczenia został skierowany
do ośrodka terapeutycznego o profilu psy-
choedukacyjnym. Mimo jednak poszerzo-
nych form terapii nie udało się uzyskać peł-
nej remisji objawów, ani też poprawić wglądu
chorobowego. Pacjent biernie akceptował
leczenie, pozostawał wycofany, w formal-
nym kontakcie. Został wypisany do domu
z zaleceniem dalszego leczenia ambulatoryj-
nego. Jak dotąd (ponad 6 miesięcy od wypi-
su) nie był ponownie hospitalizowany.

KOMENTARZ

Opisany przypadek, stanowi przykład,
jak wiele trudności może sprawić rozpozna-
nie schizofrenii i określenie jej postaci. Słaby
kontakt z pacjentem i uporczywe zaprze-
czanie treściom psychotycznym przy jedno-
czesnym wyraźnie zmienionym, niedosto-
sowanym zachowaniu, utrudniały rozpozna-
nie. Wydawać by się mogło, że wywiad
i stopniowe pogłębianie się zaburzeń sugeru-
ją typowy rozwój zespołu paranoidalnego.
Obserwowane jednak w oddziale objawy nie
układały się jednoznacznie w określony ze-
spół psychopatologiczny. Różnicowaliśmy

je z zespołem depresyjnym, katatonicznym, paranoidalnym oraz z zaburzeniami związanymi z organicznym uszkodzeniem mózgu. Słaby kontakt z pacjentem, stereotypie ruchowe, spowolnienie reakcji i ruchów, zła tolerancja neuroleptyków (szybkie pojawienie się EPS, narastanie zahamowania) przy jednoczesnym braku ewidentnych treści paranoidalnych sugerowały nietypowy i niepełnoobjawowy zespół katatoniczny. Dopuszczaliśmy też możliwość współistnienia komponenty afektywnej – stąd próby leczenia klomipraminą.

W postępowaniu klinicznym zaplanowaliśmy również szczegółową diagnostykę ewentualnego organicznego uszkodzenia mózgu. Wskazywać nań mogła zarówno pojawiająca się okresowo nierówność źrenic i obciążający wywiad wczesnorozwojowy, jak i niektóre treści psychotyczne. Stwierdzone u pacjenta urojenia z kręgu zaprzeczania tożsamości najbliższych, błędnego ich identyfikowania („rodzice nie są rodzicami jedynie osobami do nich podobnymi”), zaburzenia poczucia schematu, symetrii i ułożenia ciała (urojenia utraty kończyny, zniekształcenie poczucia przestrzeni) są spotykane w schizofrenii paranoidalnej, ale mogą występować również przy niektórych uszkodzeniach mózgu, zwłaszcza prawej półkuli. Znane są przypadki zaprzeczania i nieświadomości porażenia połowiczego u pacjentów z uszkodzeniem prawego płata ciemieniowego, opisywane jako anozognozja, czy zespół Babińskiego [1, 11]. Towarzyszą temu niekiedy urojeniowe interpretacje: porażone kończyny postrzegane są jako obce, nie należące do własnego ciała. Co ciekawe, niektórzy chorzy z uszkodzeniem mózgu przejawiają równie nieadekwatną, podobnie jak opisywany przez nas pacjent, obojętną postawę emocjonalną wobec swoich dysfunkcji [1, 6, 9, 11].

Podobnie organiczne podłoże mogło mieć utrzymywane przez pacjenta urojeniowe zaprzeczanie tożsamości bliskich i błędna ich identyfikacja, znane jako zespół

Capgrasa. Pojawia się on w przebiegu wielu zespołów związanych z uszkodzeniem o.u.n., zespołach otępiennych [1, 2, 9]. Niektórzy dostrzegają tu pewne podobieństwa z odmianą agnozji polegającą na niemożności rozpoznawania twarzy – prozopagnozją [2, 4].

Ostatecznie, po długim okresie obserwacji, wobec ujawnionych przez pacjenta typowych dla zespołu paranoidalnego doznań omamów słuchowych, urojeń wpływu, charakterystycznych zaburzeń afektu oraz rzadziej spotykanych dziwacznych, dereistycznych przeżyć i treści (podobnych do opisywanych przez Kraepelina, jako charakterystycznych dla „parafrenii fantastycznej”) świadczących o głębokich zaburzeniach poczucia siebie, własnej tożsamości i spójności, postawiliśmy rozpoznanie schizofrenii paranoidalnej. Jednoczesna obecność w obrazie klinicznym elementów zespołu katatonicznego (z okresowo występującymi, jak się później okazało, przeżyciami onirycznymi), paranoidalnego i nasilonych objawów negatywnych mogłaby dawać podstawy do rozpoznania schizofrenii nieodróżnicowanej, gdzie równie nasilone składniki kilku zespołów psychopatologicznych, współistnieją ze sobą. Wydaje się jednak, że dominujące w przeżywaniu pacjenta były treści paranoidalne i one najprawdopodobniej stanowiły pierwotną przyczynę dezadaptacji społecznej, postępujących zaburzeń aktywności i utrudnienia kontaktu.

PIŚMIENNICTWO

1. Barr WB. Neurobehavioral disorders of awareness and their relevance to schizophrenia. W: Amador XF, David AS. *Insight and Psychosis*. Oxford University Press: 1998.
2. Breen N, Caine D, Coltheard M. Mirrored-self misidentification: Two case of focal onset dementia. *Neurocase* 201; 7: 239-54 (MEDLINE).
3. Bilikiewicz A (red). *Psychiatria*. PZWL; 1998.

4. Ellis HD, Young EW. Accounting for delusional misidentification. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 239-48.
5. Jaroszyński J. Zespoły zaburzeń psychicznych. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1994.
6. Keefe RSE. The neurobiology of disturbances of the self. Autooetic agnosia in schizophrenia. W: Amador XF, David AS. *Insight and Psychosis*. Oxford University Press: 1998.
7. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. ICD-10. Kraków, Warszawa: Uniwersytet Medyczny „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1998.
8. Takaoka K, Ikawa N, Niwa N. „Alice in Wonderland” syndrome as precursor of delusional misidentification syndromes. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2001; 5: 149-51.
9. Walsh K. *Neuropsychologia kliniczna*. PWN; 1998.
10. Wciórka J. Współczesna diagnostyka schizofrenii. *Post Psychiatr Neurol* 1998; 7 (2): 117-34.
11. Wciórka J. *Psychopatologia*. W: *Psychiatria*, t. 1. Wrocław: Urban & Partner; 2002.

*Adres: Dr Izabela Niedźwiedzka, I Klinika Psychiatryczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii,
ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa, e-mail: niedzw@ipin.edu.pl*