



## Weryfikacja rozpoznania schizofrenii paranoidalnej po 10 latach: opis przypadku

*Verification of paranoid schizophrenia diagnosis at 10-year-follow-up – case report*

ANNA BASIŃSKA-STARZYCKA

Z Katedry i I Kliniki Psychiatrycznej Akademii Medycznej w Warszawie

**STRESZCZENIE.** Opisano przypadek pacjenta bezskutecznie leczonego w kilku ośrodkach, w związku z rozpoznaniem „typowej” schizofrenii. Pacjent źle tolerował neuroleptyki, a w toku ich stosowania obserwowano nasilenie objawów. Mimo braku nieprawidłowości w jednorazowym badaniu EEG, analiza okoliczności występowania epizodów nasunęła podejrzenie padaczki skroniowej, potwierdzonego zarówno kolejnym badaniem EEG, jak i skutecznością odpowiedniego leczenia. Niepowodzenia kuracji winny częściej skłaniać do rewizji „niepodważalnych” rozpoznań, zwłaszcza, że jednorazowy prawidłowy zapis EEG nie wyklucza zaburzeń o etiologii organicznej.

**SUMMARY.** A case is reported of a patient unsuccessfully treated for “typical” schizophrenia in several centres. He had a poor tolerance for neuroleptics and in the course of their administration exacerbation of his symptoms was noted. Even though no abnormalities were found in his first eeg examination, an analysis of circumstances in which his episodes had occurred has lead to a hypothesis about temporal epilepsy. This was confirmed both by the second eeg examination, and by the effectiveness of appropriate treatment.

**Słowa kluczowe:** padaczka skroniowa / schizofrenia / różnicowanie / opis przypadku

**Key words:** temporal epilepsy / schizophrenia / differential diagnosis / case report

Celem tego doniesienia nie jest opis symptomatologii przypadku, gdyż ta nie jest szczególnie właściwym problemem jest zaufanie kolejnych lekarzy do pierwszej diagnozy, postawionej na podstawie sugestywnych objawów i pobieżnie uzyskanych wyników badań dodatkowych (EEG), powodujące zaniechanie rewizji rozpoznania, mimo nieskuteczności wieloletniego leczenia.

### OPIS PRZYPADKU

Młody informatyk, pracownik naukowy wyższej uczelni, dwa lata temu zgłosił się do ambulatorium przy Klinice Psychiatrycznej AM w Warszawie, jako do kolejnej placówki. W ciągu wcześniejszych, w sumie 8 lat leczenia w dwóch ośrodkach (rejonow-

wych dla kolejnych miejsc zamieszkania), nie udało mu się uzyskać satysfakcjonującej poprawy stanu zdrowia.

Wiadomo było, że dotychczas rozpoznawano schizofrenię paranoidalną. Wywiad dotyczący okresu prenatalnego, porodu i dzieciństwa nie dostarczał obciążających danych, poza tym jednak wydawał się typowy. W okresie młodzieńczym pacjent, choć w towarzystwie popularny i udzielający się (m.in. jako przewodniczący studenckiego koła naukowego i członek organizacji kościelnej), był jednak introwertywny i szczególnie nieśmiały wobec kobiet. Najlepiej czuł się sam, pracując przy komputerze, komponując piosenki na gitarę lub snując rozważania filozoficzne. Problemem był dla niego nierozładowany popę płciowy, z którym radził sobie zastępczo,

a okresowo, za poradą androloga, także farmakologicznie.

Na krótko przed zachorowaniem, które nastąpiło w 28 r.ż., pacjent zainteresował się buddyzmem i porzucił kościół katolicki.

Którejś nocy poczuł się bardzo źle: doznał uczucia „wewnętrznego rozszczepienia psychicznego”, któremu towarzyszyły niejasne doznania somatosensoryczne. Pacjent, zafascynowany filozofią Wschodu, zinterpretował te przeżycia jako wydzielenie się dwóch podstawowych pierwiastków Yang i Yin lub rozszczepienie między „ja” dobrym a złym. W jego dalszej interpretacji, pierwiastek negatywny wyodrębnił się jako samodzielny, niezależny byt duchowy i odtąd nękał pacjenta kolejnymi epizodami objawów. Były to nadal głównie doznania odczuwane jako „przepływy energii”, wewnętrzne przemieszczenia, prądy o określonej lokalizacji, a także odmienne „stany” psychiczne, np. zmienionej percepcji otoczenia. Ponieważ pierwszy epizod miał miejsce w nocy, po masturbacji, która wyzwalała u pacjenta poczucie winy, z czasem uznał, że powtarzające się od tego momentu przeżycia są karą, konsekwencją wyzwolenia złego ducha, za które on, pacjent, jest odpowiedzialny.

Do objawów miał stosunek ambiwalentny: raz wpadał w głęboką rozpacz, biorąc je jako dowód potępienia, innym razem śledził je z zainteresowaniem, dopasowując do nich znane sobie koncepcje lub formułując nowe. Nie od razu powziął podejrzenie choroby. Dopiero znaczne nasilenie objawów i inicjatywa rodziców spowodowały hospitalizację psychiatryczną.

W ciągu pierwszych dwóch lat choroby przebywał w szpitalu w sumie trzy razy, z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej. Leczony małymi dawkami neuroleptyków, które źle tolerował, oraz benzodiazepinami. Każdorazowo uzyskiwał tylko częściową poprawę. Badanie neurologiczne, ocena dna oka i zapis EEG, wykonane w trakcie leczenia, nie wykazały odchyleń.

Pacjent, nadal nie w pełni przekonany do koncepcji choroby psychicznej, okres na-

stępnych kilku lat względnej remisji wykorzystał na rozwijanie zainteresowań pozwalających mu wyjaśnić własne doznania (zajął się m.in. bioenergoterapią). Objawy tolerował, nauczył się z nimi żyć. Kontynuował pracę na uczelni, został kierownikiem pracowni informatycznej. Funkcjonował dobrze, nawet zaręczył się. Na miesiąc przed datą ślubu wycofał się jednak, perswadując dziewczynie, że wolałby żyć sam. W odczuciu rodziny, zerwanie do niewiele go obeszło. Wkrótce jednak dla otoczenia stało się jasne, że pacjent jest bardzo zaangażowany ponownie nasilonymi objawami. Znacznie silniejszy był tym razem lęk i przygnębienie. Leczenie w drugim z kolei ośrodku (neuroleptyki, leki przeciwdepresyjne i anksjolityki) w ogóle nie przyniosło poprawy. Pacjent walczył z nasilonymi objawami przez następne 3 lata, coraz gorzej funkcjonując zawodowo. Wreszcie, zdesperowany, po raz kolejny zmienił ośrodek i trafił właśnie do ambulatorium przy Klinice Psychiatrycznej AM w Warszawie.

Tu także początkowo nie obyło się bez kłopotów. Lekarz, przyjmujący pacjenta po raz pierwszy, stwierdził głównie objawy depresji. Wraz z rozpoczęciem leczenia przeciwdepresyjnego (dibenzepina) nastąpiła krótkotrwała poprawa, ale potem gwałtowne zaostrenie wszystkich objawów somatosensorycznych, dołączenie się omamów węchowych i smakowych, lęk na poziomie paniki i silne pobudzenie wegetatywne organizmu. Stan ten spowodował hospitalizację w trybie nagłym na jednym z oddziałów Kliniki. W ten sposób poznałam pacjenta.

Dotychczasowy przebieg choroby wydawał się nie budzić wątpliwości: (1) liczne doznania omamowe, głównie z wnętrza ciała, (2) towarzyszące im urojenia o oddziaływaniu obcych sił (ducha, energii), (3) ambiwalentny stosunek do objawów, (4) niepełny krytycyzm, (5) cechy osobowości przedchorobowej i przebieg życia osobistego.

Pewne elementy nie pasowały jednak do obrazu schizofrenii: (1) mimo długiego już okresu trwania choroby pacjent zachował ży-

wość emocjonalną (ciepło, empatia), (2) nie wykazywał formalnych zaburzeń myślenia, (3) nadal cechował się dość dobrym przystosowaniem społecznym i zawodowym. Można było dyskutować, że powyższe wprawdzie nie pasuje do typowej schizofrenii, za to jest dość częste w psychozie schizofrennej. Do obu rozpoznań nie pasował jednak fakt złej tolerancji neuroleptyków (w ciągu wcześniejszych lat próbowano kolejno wszystkich dostępnych na rynku), a w szczególności podobny przebieg każdej kuracji: po wprowadzeniu leku obserwowano przez pierwszy tydzień poprawę, po czym ponowne nasilenie zaburzeń i to często w stopniu wyższym niż przed kuracją. Po rozczarowaniu kolejnym nieudanym leczeniem (risperydon) pacjent dokonał próby samobójczej w przekonaniu, że jego choroba jest nieuleczalna, a dalsze znoszenie objawów – ponad jego siły.

Analizując opisany zespół dało się zauważyć, że objawami pierwotnymi były doznania wewnątrzustrojowe oraz węchowe i smakowe, jak też doznania psychiczne (np. subiektywnej zmiany „stanu psychicznego”, percepcji otoczenia, napadowych zmian nastroju). Domniemane urojenia oddziaływały, mimo że nieraz niezwykłe w treści, po uwzględnieniu światopoglądu pacjenta można było uznać za próbę, pod względem formalnym nienaganną, wy tłumaczenia sobie przez niego doznań w kategoriach własnych zainteresowań. Dłuższe stany przygnębienia, wraz z przekonaniem o grzechu i potępieniu, również były wtórne do okoliczności.

Koncentracja już tylko na objawach psychosensorycznych, jako pierwotnych, wykazała, że pojawiają się one często przy określonych czynnościach, takich jak praca przy komputerze lub oglądanie telewizji (w obu sytuacjach ekran emituje obraz w sposób nieciągły, może powodować efekt stroboskopowy, u niektórych prowokujący napadowe zaburzenia czynności mózgu, stwierdzane w zapisie EEG). Nasilenie objawów

obserwowano także, jak wspomniano, po pierwszym tygodniu stosowania leku przeciwdepresyjnego lub neuroleptyku. Leki z obu grup, jak wiadomo, z reguły obniżają próg drgawkowy.

Badanie EEG wykazało czynność napaadową w okolicy przednioskroniowej prawej, a po hiperwentylacji – także lewej. Inne badania, w tym tomografia, nie wyjaśniły przyczyny patologicznej czynności. Zmiana leczenia na depakinę spowodowała remisję wszystkich objawów. Pacjent czuje się dobrze poza miejscem pracy, może też oglądać telewizję. Musiał jednak zrezygnować z zatrudnienia związanego z wielogodzinną pracą przy komputerze.

## KOMENTARZ

Teoretycznie wiemy, z czym różnicować zespół paranoidalny. Zbyt często jednak rezygnujemy z różnicowania, zwiedzeni sugestywnymi (pozornie patognomicznymi) objawami.

Zbyt rzadko wykluczamy przyczynę organiczną. Opisany pacjent był uprzednio leczony w dwóch ośrodkach. Miał tam wykonywane m.in. badanie EEG, ale tylko raz i to po kilku dawkach leków benzodiazepinowych. Badanie to (poza tzw. czynnością polekową) nie ujawniło odchylenia i nie było powtarzane w innych warunkach. Tymczasem należy pamiętać, że nawet prawidłowy wynik jednorazowego badania EEG nie wyklucza zaburzeń czynności mózgu, zwłaszcza tych, które są epizodyczne ze swej natury. Wynik taki świadczy jedynie, że nie stwierdzono ich podczas 20 minut czasu trwania badania. U ok. 50% chorych na padaczkę zapis EEG w okresie między napadami jest prawidłowy, zaś u wielu innych – zmieniony niespecyficznym. I właśnie dla wspólnego przypomnienia tych faktów pozwoliłam sobie przedstawić ten przypadek.