



## Odwracalne zespoły euforyczne po próbie samobójczej w przebiegu depresji: opis trzech przypadków

*Reversible euphoric syndromes following a suicidal attempt in the course of depression: three case reports*

JANUSZ PERZYŃSKI

Z Katedry i Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej w Lublinie

**STRESZCZENIE.** Przedstawiono trzy przypadki, różnych etiologicznie, zaburzeń depresyjnych z próbą samobójczą. Po ustąpieniu śpiączki rozwinęły się zespoły euforyczne maskujące, na okres kilku tygodni, symptomatologię depresyjną.

**SUMMARY.** Three cases of depressive disorders of different aetiology with a suicidal attempt each are presented. On resolution of coma these patients developed euphoric syndromes masking their depressive symptomatology for a few weeks.

**Słowa kluczowe:** próba samobójcza w depresji / odwracalna euforia / opis trzech przypadków  
**Key words:** suicidal attempt in depression / reversible euphoria / case reports

Euforia, określana najczęściej w piśmiennictwie jako „wzmoczone samopoczucie”, „choćrobliwe zadowolenie z siebie” lub „błogostan” jest objawem bardzo ważnym w procesie diagnozy, zmuszającym klinicystę do wnikliwego różnicowania z innymi, pozornie podobnymi, zaburzeniami nastroju. Przegląd literatury poświęconej euforii – ubogiej w porównaniu z opisami innych symptomów – pozwala na stwierdzenie, że objaw ten jest oceniany różnie przez różnych autorów i to zarówno w zakresie charakterystyki obrazu klinicznego, jak też etiologii i wartości rokowniczej. Zdaniem Korzeniowskiego euforia nie musi być objawem chorobowym, a może stanowić cechę osobowości u psychopatów hipertymicznych. Może być przejawem fazy maniakalnej choroby afektywnej lub zaburzeniem nastroju, określanym jako „bezmyślna euforia”, występującym w schizofrenii hebefrenicznej. Może być również skutkiem zatrucia, np. alkoholem, morfiną czy amfetaminą, albo konsekwencją poważniejszych uszkodzeń mózgu. W takich przypad-

kach jest objawem nieodwracalnym, określanym też jako „moria” [8, 9]. Warto odnotować, że np. Jaroszyński zmiany afektywne spowodowane alkoholem nazywał nie euforią lecz „nastrojem podniosłym” [6].

Noyes i Kolb traktują euforię głównie jako stan „lekkiego wzmoczonego samopoczucia”, poprzedzającego nastrój maniakalny, którego dalszymi etapami mogą być „znacznie wzmoczone samopoczucie” czyli egzaltacja, oraz nastrój „szczególnie wzmoczony, czyli ekstaza”. Wymienieni autorzy stwierdzają, że euforia może być także wykładnikiem zaburzeń organicznych, z ujawniającymi się w takich przypadkach dysfunkcjami intelektualnymi, w postaci „fałszywej oceny rzeczywistości” [12].

Większość autorów wiąże euforię z uszkodzeniem tkanki mózgowej, używając także terminów „wiłość” lub „moria” [1, 2, 4, 6, 7].

W polskich opracowaniach podręcznikowych najpełniejszy opis euforii znaleźć można w – niezastąpionej jak dotychczas „Psychiatrii klinicznej” Tadeusza Bilikiewicza. Autor

ten podkreśla, że „organiczny błogostan” wiąże się z postępującym otępieniem intelektualnym, spadkiem krytycyzmu i należy go różnicować – chociaż może to czasem sprawiać trudności – z nastrojem maniakalnym [2].

Jaroszyński podkreśla, że nastrojowi euforycznemu, w odróżnieniu od maniakalnego, nie towarzyszy wzrost aktywności psychicznej [6]. Kaczyński nazywał euforię „optymizmem zniedołężnieniowym” [7], być może nawiązując do używanego przez Mazurkiewicza terminu „euforia paralityczna” [11]. W „optymizmie zniedołężnieniowym”, będącym zawsze konsekwencją uszkodzenia centralnego układu nerwowego, poczucie zadowolenia czy wręcz błogostanu wiąże się nierozdzielnie ze „zniedołężnieniem” intelektualnym, a więc spowolnieniem procesów myślowych, zaburzeniami analizy i syntezy myślowej, pamięci, krytycyzmu oraz z innymi wykładnikami zespołu otępiennego. Często zresztą np. u pacjentów z zaawansowanym procesem miażdżycowym, atroficznym czy rozrostowym, występuje także zniedołężnienie fizyczne, które dodatkowo akcentuje nieadekwatność patologicznie podwyższonego nastroju.

Budzi zdziwienie fakt, że w ostatnio publikowanych opracowaniach dotyczących schorzeń natury organicznej, np. choroby Alzheimera, autorzy w ogóle nie używają terminu euforia, chociaż w opisie klinicznym pojawia się np. sformułowanie: „nadmierna wesołość w nieodpowiednich sytuacjach” [13]. W skrowidzu polskiego opracowania ICD-10 nie zamieszczono hasła „euforia”, chociaż objaw wymieniany jest w komentarzu do kategorii diagnostycznych dotyczących np. organicznych zmian osobowości [5].

Jeśli – podsumowując naszkicowane tu jedynie fragmentarycznie poglądy na euforię – przyjmujemy za większością autorów, iż objaw ten jest składową organicznie uwarunkowanych zespołów otępiennych, powinniśmy także przyjąć, że euforia jest objawem nieodwracalnym. Podczas XXIX Naukowego Zjazdu Psychiatrów Polskich, który od-

był się w maju 1967 r. w Kielcach, Borowski i Grzegorzczak [3] przedstawili wyniki badań nad zmianami w obrazie psychopatologicznym depresji po dokonaniu strangulacji. U 11 chorych na depresję, u których w wyniku strangulacji doszło do kilkuminutowego niedokrwienia mózgu, pojawiły się różne zaburzenia świadomości – od śpiączki do stanów pomrocznych. U dwóch pacjentów w kilka dni później uformowały się, trwające ok. 2 tygodni, zespoły euforyczne. Wydaje się, że towarzysząca uszkodzeniom mózgu odwracalna euforia jest zjawiskiem bardzo rzadkim. W okresie ponad 30-letniej pracy klinicznej spotkałem jedynie trzy podobne przypadki.

## OPIS PRZYPADKÓW

### Przypadek 1

Anna, 26-letnia ekspedientka, została przyjęta do oddziału traumatologii po samobójczym skoku z trzeciego piętra, w wyniku którego doznała wstrząsu mózgu, pęknięcia łuski kości skroniowej prawej, złamania kości ramieniowej, kości obu podudzi i kości piętowej. Po kilkugodzinnej utracie przytomności ujawniły się objawy przymglenia świadomości z nocnymi epizodami majaczeniowymi, co stało się powodem konsultacji psychiatrycznej. Po czterodniowym leczeniu promazyzną ustąpiły zaburzenia świadomości, natomiast rozwinął się zespół euforyczny. Pacjentka, unieruchomiona w łóżku opatrunkami gipsowymi, była uśmiechnięta, stwierdzała, że czuje się „świetnie”, bagatelizowała fakt oczekującej ją wielotygodniowej hospitalizacji. Nastroj chorej zwracał uwagę innych pacjentów, którzy określali ją jako „nienormalną”. Kontakt z pacjentką był powierzchowny, z trudem przypominała sobie ważniejsze wydarzenia, jak np. rok rozpoczęcia nauki lub ukończenia szkoły zawodowej. Całkowitą amnezją objęte były: dzień, w którym doszło do próby samobójczej i pierwsza doba hospitalizacji. Każde pytanie trzeba było wielokrotnie powtarzać, aby uzyskać uproszczoną, ograniczoną do kilku słów, odpowiedź. Rozwiąza-

nie najprostszycy działań matematycznych sprawiało pacjentce dużą trudność. Potwierdziła, że chciała odebrać sobie życie z powodu konfliktów w pracy i zerwania z narzeczonym. Uśmiechając się nazwała swoje zachowanie „głupotą” i stwierdzając – „życie jest piękne” zaprzeczała możliwości ponowienia próby samobójczej.

Po trzech tygodniach ustąpiły objawy zespołu eforycznego. Wraz z poprawą funkcji intelektualnych i powrotem krytycyzmu ponownie ujawniły się obniżony nastrój i reakcje dysforyczne, co – jak ustalono na podstawie anamnezy – poprzedzało dokonanie próby samobójczej. Analizując obraz kliniczny wykluczono ewentualną możliwość wystąpienia fazy hipomaniakalnej choroby afektywnej lub paratamicznych zaburzeń nastroju rozpoczynającej się schizofrenii. Nie było także wykładników podprzewlekłych zaburzeń reaktywnych o typie pseudodemencji. Rozpoznano dysharmonijną osobowość, reakcję depresyjną sytuacyjną z próbą samobójczą i odwracalny zespół eforyczny po wstrząsie mózgu. Zalecono doksepinę oraz, po wypisaniu ze szpitala, leczenie psychoterapią grupową.

### Przypadek 2

Zenon, 23-letni student korzystający z rocznego urlopu zdrowotnego z powodu schizofrenii, usiłował popełnić samobójstwo przez powieszenie. W porę uratowany przez ojca, który przez kilkanaście minut – do czasu przybycia karetki – prowadził sztuczne oddychanie, został przyjęty do oddziału intensywnej opieki medycznej. Stan komatyczny utrzymywał się przez trzy doby. W piątej dobie ujawniły się objawy zespołu eforycznego, bardzo podobnego w swym obrazie do opisanego wyżej u Anny. Powodem konsultacji psychiatrycznej było rozpoznanie schizofrenii i próba samobójcza. Z danych od ojca ustalono, że chory był wcześniej dwukrotnie hospitalizowany z rozpoznaniem endogenego zespołu paranoidalnego. Ostatnio wypisany z oddziału psychiatrycznego przed czterema miesiącami z zaleceniem przyjmowania, co trzy tygodnie,

iniekcji flufenazyny depot. Do próby samobójczej doszło w tydzień po iniekcji leku. Na dwa tygodnie wcześniej ojciec zauważył u syna spadek aktywności, spowolnienie ruchowe, skrócenie snu i obniżenie nastroju z okresowym „zamyśleniem się”. Pytany o powody smutku pacjent odpowiadał zdawkowo – „w porządku”. Podobnych objawów ojciec nie obserwował nigdy wcześniej. Pogorszenie stanu zdrowia przejawiało się zawsze pobudzeniem ruchowym i wypowiedaniem urojeń prześladowczych dotyczących kolegów i jednego z wykładowców. Próba samobójcza była dla ojca pełnym zaskoczeniem. Objawy zespołu eforycznego cofnęły się po 2 tygodniach i ponownie ujawniła się symptomatologia depresyjna. Pacjent skarżył się na brak aktywności, uczucie przygnębienia, obawy przed przyszłością. Wiedział, że dokonał próby samobójczej, chociaż nie pamiętał samego wydarzenia, jak i kilku następnych dni. Nie wyraził zgody na hospitalizację psychiatryczną, deklarując chęć dalszego leczenia ambulatoryjnego. Po czterech tygodniach przyjmowania sulpirydu objawy depresyjne cofnęły się.

W omawianym przypadku rozpoznanie schizofrenii nie budziło wątpliwości. Teoretycznie można było rozważać, w związku z objawami depresyjnymi, a następnie dwutygodniowym okresem wzmożonego nastroju, psychozę schizoafektywną. Dokładna analiza przebiegu choroby pozwoliła na rozpoznanie depresji poneuroleptycznej w przebiegu schizofrenii i odwracalnego zespołu eforycznego w następstwie strangulacji.

### Przypadek 3

Ewa, 60-letnia księgowa była konsultowana psychiatrycznie podczas hospitalizacji w oddziale toksykologii, w związku z próbą odebrania sobie życia poprzez przyjęcie kilku opakowań różnych leków, w tym ok. 40 tabletek perazyny (0,1). Po ustąpieniu, trwającego blisko dwie doby, stanu śpiączkowego ujawniły się początkowo objawy zespołu astenicznego z elementami przymglenia świadomości, a następnie, w czwartej

dobie hospitalizacji, rozwinął się zespół euforyczny. Nastrojowi optymizmu i zadowolenia towarzyszyło znaczne spowolnienie myślenia, niemożność wykonania najprostszych działań matematycznych, trudności w prowadzeniu rozmowy. Pacjentka mówiła, że czuje się „bardzo dobrze”, jest pełna energii i sprawna fizycznie, a jednocześnie z trudem siadała na łóżku, podtrzymywana zaś przez pielęgniarki była w stanie przejść zaledwie kilka kroków.

Dane z wywiadu wykazały, że chora od ponad 30 lat cierpiała na chorobę afektywną dwubiegunową. Typowe fazy depresyjne, aczkolwiek niezbyt głębokie, trwały średnio ok. 2–3 miesięcy. W tych okresach pacjentka przyjmowała zalecane leki, ale w miesiąc lub dwa później, po uzyskaniu poprawy, przerywała leczenie. Depresje pojawiały się przeciętnie raz na 3–4 lata. Chora nigdy wcześniej nie próbowała popełnić samobójstwa. Fazy maniakalne wystąpiły dwukrotnie w odstępie 8 lat i doprowadziły do trwających ok. 6 tygodni hospitalizacji. Ostatnia miała miejsce przed pięciu lat. Próby zastosowania węglanu litu nie powiodły się, gdyż pacjentka przerywała leczenie. W okresie ostatnich dwóch lat nie przyjmowała żadnych leków psychotropowych. Od ok. miesiąca stopniowo narastały – dostrzegane przez członków rodziny – objawy depresyjne. Mąż i córka wspominali o konieczności odwiedzenia lekarza. Próba samobójcza była dla obojga dużym zaskoczeniem.

Obserwowane, podczas pobytu chorej w oddziale toksykologicznym, objawy zespołu euforycznego utrzymywały się przez trzy tygodnie, a następnie ponownie zaczęły ujawniać się symptomy depresyjne. Pacjentka nie wyrażała zgody na hospitalizację psychiatryczną deklarując leczenie w poradni zdrowia psychicznego. Dane z katamnezy wykazały, że po trzech tygodniach chora przerwała leczenie ambulatoryjne, a w tydzień później dokonała samobójstwa przez powieszenie.

O ile w poprzednio opisanych przypadkach zespoły euforyczne były pierwszymi w życiu pacjentów epizodami patologicz-

nie podwyższonego nastroju, o tyle trzeci z przypadków, w związku z rozpoznaniem choroby afektywnej dwubiegunowej, stwarzał dodatkowe problemy diagnostyczne. Konieczne było różnicowanie endogennego nastroju maniakalnego z egzogennym nastrojem euforycznym, przy czym, w tym ostatnim przypadku, w etiologii zaburzenia nastroju mogły odgrywać rolę zarówno zatrucie i stan komatyczny jak też ewentualny wpływ megadawki leku psychotropowego. O ile nie sposób ocenić roli poszczególnych czynników egzogennych w etiologii i patogenie zespołu euforycznego, o tyle można było – jak się wydaje – dokonać różnicowania z zespołem maniakalnym. Zarówno dane z wywiadu od członków rodziny, dane z badania pacjentki, jak też dane z historii chorób dotyczących dwukrotnych hospitalizacji psychiatrycznych z rozpoznaniem fazy maniakalnej, pozwoliły na postawienie rozpoznania odwracalnego zespołu euforycznego po zatruciu lekami w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej.

## KOMENTARZ

Obraz kliniczny przedstawionych trzech przypadków zespołów euforycznych najbardziej odpowiada określeniu jakiego używał Kaczyński, tj. „optymizmowi zniechęceniemu” [7]. U każdego z pacjentów patologicznie podwyższonemu nastrojowi towarzyszyło wyraźne „zniechęcenie” intelektualne, będące konsekwencją odwracalnych – w tych trzech przypadkach – uszkodzeń mózgu.

Pomijając kwestię miejsca euforii wśród różnych zaburzeń nastroju, przedstawione przypadki wydają być ważne dla praktyki klinicznej. Konsultując pacjentów, którzy usiłowali popełnić samobójstwo, należy brać pod uwagę możliwość rozwoju egzogennego, odwracalnego zespołu euforycznego, maskującego na jakiś okres symptomatologię depresyjną, a tym samym zagrożenie ponowieniem próby samobójczej. Tego typu tragedia miała miejsce w trzecim z opisanych przypadków.

Przedstawione przypadki stwarzają także okazję do pewnych rozważań teoretycznych. Analizując dynamikę psychopatologii – od depresji poprzez zaburzenia świadomości do euforii i następnie powrót do depresji – można zauważyć podobieństwo ewolucji zaburzeń nastroju do opisanych przez Majczaka i wsp. [10] w zespole fantomatycznym. Przedstawione wyżej trzy przypadki dotyczą euforii spowodowanej działaniem czynnika egzogenego na różne etiologicznie zaburzenia depresyjne. W zespole fantomatycznym psychotyczna kompensacja zmienia nastroj przygnębienia spowodowany sytuacją przeciążeniową w przeżywanie radości i uwznioślenia. Efektem farmakoterapii jest usunięcie psychotycznego fantomu, ale jednocześnie wraz z powrotem krytycyzmu powraca nastroj przygnębienia. Aczkolwiek chodzi o różne stany kliniczne, to jednak podobieństwo ewolucji zaburzeń nastroju może stanowić ciekawą przesłankę do dalszych obserwacji.

## PIŚMIENNICTWO

1. Bilikiewicz A, Smoczyński S: Psychopatologia guzów śródczaszkowych. PZWL, Warszawa 1977.
2. Bilikiewicz T: Psychiatria kliniczna. PZWL, Warszawa 1966.
3. Borowski T, Grzegorzczak D: Zmiany w obrazie psychopatologicznym depresji po dokonaniu strangulacji. Pam. XXIX Zjazdu Nauk. Psychiatrów Polskich, Kielce, 11–13.05.1967 r. Wyd. PTP, Lublin 1971, 317–323.
4. Cieślak M, Spett K, Wolter W: Psychiatria w procesie karnym. Wyd. Prawnicze, Warszawa 1968.
5. ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Uniw. Wyd. Med. „Vesalius”, IPIŃ, Kraków–Warszawa 1998.
6. Jaroszyński J: Zaburzenia emocji. W: Pużyński S (red.): Leksykon psychiatrii. PZWL, Warszawa 1993, 521.
7. Kaczyński M: Wykłady dla studentów AM w Lublinie. 1965 (notatki).
8. Korzeniowski L: Zarys psychiatrii. PZWL, Warszawa 1967.
9. Korzeniowski L, Pużyński S (red.): Encyklopedyczny słownik psychiatrii. PZWL, Warszawa 1986, 161.
10. Majczak A, Górniewicz A, Skoczkowski J: Zespół fantomatyczny. Psychiatr. Pol. 1973, 7, 6, 615–620.
11. Mazurkiewicz J: Wstęp do psychofizjologii normalnej. T. 2. Dysolucja aktywności korowo-psychicznej. PZWL, Warszawa 1958, 380.
12. Noyes AP, Kolb LC: Nowoczesna psychiatria kliniczna. PZWL, Warszawa 1969, 92.
13. Parnowski T: Obraz kliniczny choroby Alzheimera. W: Leszek J (red.): Choroba Alzheimera. Volumed, Wrocław 1998, 47–70.

*Adres: Prof. Janusz Perzyński, Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej,  
ul. Abramowicka 2, 20-442 Lublin*