



Ciąża rzekoma: opis przypadku

Pseudocyesis: case report

ANNA BOCIANOWSKA, ANNA KOSSAKOWSKA

Z Oddziału XI Samodzielnego Publicznego Psychiatrycznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Choroszczy

STRESZCZENIE. Przedstawiono przypadek ciąży rzekomej u pacjentki w okresie zaostrzenia nawracających zaburzeń depresyjnych, w trakcie epizodu depresyjnego umiarkowanego, przy współistnieniu cech zaczynającego się otępienia naczyniowego.

SUMMARY. A case is presented of pseudocyesis in a female with exacerbation of recurrent depressive disorder (in the course of a moderate depressive episode) and concomitant vascular dementia.

Słowa kluczowe: ciąża rzekoma / zaburzenia depresyjne / otępienie naczyniowe
Key words: pseudocyesis / depressive disorder / vascular dementia

Pseudocyesis – to fałszywe przekonanie o byciu w ciąży, któremu towarzyszą jej cielesne oznaki. W tej definicji występuje aspekt biologiczny związany z kręgiem objawów ciąży i aspekt psychologiczny, ześrodkowany na przekonaniu o jej istnieniu. Ten ostatni rozciąga się od urojenia, uporczywej myśli nadwartościowej do zupełnie nieświadomego procesu myślowego rozpoznawanego poprzez wnioski, psychoanalizę czy metodami swobodnych kojarzeń. Somatyczne zmiany w ciąży rzekomej to – w kolejności występowania – zaburzenia miesiączkowania, powiększanie się brzucha, piersi, laktacja, odczuwanie ruchów płodu, nudności, przyrost wagi, zmiany w szyjce macicy, powiększenie macicy [5, 6].

Pierwszego opisu ciąży rzekomej dokonał Hippokrates. Stan ten występuje u wszystkich ras, narodowości i na wszystkich szczeblach społecznych. Maria Tudor – królowa Anglii panująca w XVI w. przeżyła dwa epizody ciąży rzekomej. Termin „ciąża rzekoma” wprowadził w 1823 r. John Mason Good jako alternatywny dla starszych terminów ciąża historyczna, guz fantomowy, pseudociąża, me-teoryzm. Bivin i Klinger w monografii wyda-

nej w 1937 r. zestawili statystycznie 444 przypadki ciąży rzekomej poczynawszy od XVII w. pochodzące z 20 krajów. Pacjentki mieściły się w przedziale wiekowym najczęściej 20–39 lat. Większość była zamężna, 41% uprzednio rodziło. Ciąża rzekoma ustępowała spontanicznie, częściej kończyła się bólami porodowymi. U 42% badanych ciążę trwały 9 miesięcy, a 5% miało przynajmniej 1 nawrót. Bivin i Klinger opisali 3 przypadki ciąży rzekomej u mężczyzn. Pojawiły się u nich bóle i powiększenie brzucha. Psychologiczne korzenie w tych przypadkach wskazywały na rytuały w kulturach prymitywnych oraz niejasną orientację seksualną [6]. Hardwick i Fitzpatrick w 1981 r. podkreślili potrzebę różnicowania ciąży rzekomej z urojeniami ciąży (*graviditas delusiva*), w których powstaje urojenie przekonanie o istnieniu ciąży bez zaburzeń wegetatywnych i zmian somatycznych, czy ciążą symulowaną – dla osiągnięcia płynących z niej korzyści [1, 2, 5, 12]. Wykluczyć należy pseudociążę wywołaną guzami i zmianami endokrynnymi. Mikrogruczolaki przysadki powodują hiperprolaktynemię. W zespole „mlekokot – brak miesiączki

– hiperprolaktynemia” (GAH) dochodzi do powiększenia brzucha wskutek retencji wody i otyłości, lecz nie pojawia się przekonanie o istnieniu ciąży [8, 10]. Hiperprolaktynemia rozwija się również w efekcie zastosowania neuroleptyków obniżających poziom dopaminy [5, 6] i w raku odoskrzelowym o typie słabo zróżnicowanego gruczolakoraka, gdzie stwierdza się podwyższony poziom beta-gonadotropiny kosmówkowej, co u młodych kobiet może hormonalnie imitować ciążę [7]. Różnicując ciążę rzekomą u mężczyzn należy wziąć pod uwagę zachowanie typu kuwady, w którym objawy ciąży bez przekonania o jej istnieniu pojawiają się u przyszłych ojców, wraz z objawami ciąży prawdziwej ich żon [1, 11].

Etiologia ciąży rzekomej była przedmiotem wielu sporów. Początkowo uważano, że jest wynikiem nagromadzenia się gazów w przewodzie pokarmowym lub tkanki tłuszczowej w sieci [5]. W 1857 r. Smitt uznał ją za histerię. Przez ostatnie 20 lat Fried i wsp. twierdzili, że jest to zaburzenie psychosomatyczne [6]. Ciąża rzekoma przedstawiana była jako ekwiwalent afektywny [3, 9]. Przeciwnicy tej hipotezy uważali, że wywodzi się z zaburzeń równowagi przysadkowo-jajnikowej [8]. Starkman w 1985 r. zauważył, że deprywacja godności, miłości, płodności, może być ważnym czynnikiem w rozwoju ciąży rzekomej [9]. Istnieją dowody na to, że w rodzinach, w których brak jest ojca lub ojciec jest alkoholikiem – młode dziewczyny w późniejszym wieku mogą być predysponowane do hiperprolaktynemii wskutek reakcji na deprywację. Takie kobiety mają wyższe średnie poziomy prolaktyny w porównaniu z grupą kontrolną, wyższe wskaźniki depresji i wrogości. W sprzyjających warunkach może u nich nagle dojść do uruchomienia „subprogramu ciąży”. Czynniki psychologiczne, np. utrata miłości, wpływa na przysadkę poprzez podwzgórze, powodując uwalnianie prolaktyny [4]. Sekrecja prolaktyny jest aktywowana w rzeczywistych warunkach adaptacyjnych i urojonych (jak w ciąży rzekomej). Działa ona na struktury nerwowe i zachowanie, stymuluje zachowania macierzyńskie [10].

Ciążę rzekomą stwierdza się najczęściej u pacjentek ze szczególną konstelacją cech psychicznych. Są to kobiety histeryczne, często z objawami konwersyjnymi, z osobowością niedojrzałą i zaburzeniami seksualnymi w wywiadzie. Ciąża rzekoma wynika często z postawy ambiwalentnej. Olbrzymi lęk przed ciążą (wskutek poczucia winy, nienawiści do dziecka) występuje w konflikcie z silnym pragnieniem bycia w ciąży dla wtórnych korzyści: uszczęśliwienie męża czy chęci dorównania innym kobietom. Zdaniem Cramera poprzez rozwój nieautentycznej ciąży kobiety spełniają swoje nieuświadomione pragnienia rywalizacji z matką i chronią siebie przed lękiem i winą związaną z ciążą prawdziwą. Nasilenie zaburzeń w rozkwicie ciąży rzekomej wskazuje na obecność poważnej patologii „ego”, słabą ocenę rzeczywistości i prymitywne myślenie, które sprawia, że zespół rozwija się nawet po pocałunku czy oglądaniu scen seksualnych [4].

Przez ostatnie 50 lat zaobserwowano wyraźny spadek występowania ciąży rzekomej. Objawy psychologiczne mogą się redukować albo zwiększać w odpowiedzi na zmiany kulturowe i społeczne. Wysoki wskaźnik ciąży rzekomych odnotowano wśród Afrykańczyków w Południowej Afryce, gdzie obowiązywał obrzęd „lobola” (gdy żona nie rodziła dzieci, jej rodzina była zobowiązana do zamiany na inną lub zwrotu „haraczu” ofiarowanego przed ślubem). W Ameryce w początkach XX w. był nacisk na rodzenie ze wskazówek biblijnych i potrzeby rąk do pracy. Obecnie znaczenie prokreacji zmniejszyło się, więc nastąpiła redukcja psychologicznego aspektu ciąży rzekomej. Przemiany technologiczne i nowe koncepcje pozwoliły zidentyfikować zaburzenia poprzednio objęte rozpoznaniem ciąży rzekomej [6]. Nadal jednak stawiane jest rozpoznanie „ciąża rzekoma”.

OPIS PRZYPADKU

Przedstawiamy opis przypadku ciąży rzekomej u 65-letniej kobiety. D. była ósmym dzieckiem w rodzinie rolniczej. Gdy miała

2 lata, zmarł jej ojciec. Matka prowadziła gospodarstwo i sama wychowywała dzieci. W domu było biednie, ale panowała ciepła atmosfera. Rodzina nie była obciążona chorobami psychicznymi. Pacjentka poszła do szkoły w wieku siedmiu lat. Nauka sprawiała jej trudności. Ukończyła 3 klasy, potem wybuchła wojna. Wyszła za mąż za rolnika w dwudziestym roku życia. Pożycie małżeńskie układało się dobrze. Urodziła 4 synów. W pięćdziesiątym roku życia pojawiły się pierwsze dolegliwości: częste omdlenia. Leczyła się z tego powodu u kardiologa. Podejrzewano chorobę wieńcową. W 61 r.ż. została przyjęta po raz pierwszy do szpitala psychiatrycznego z powodu smutku, lęku, zaburzeń snu. Na oddziale bała się ludzi psychicznie chorych i po jednej dobie wypisała się na własną prośbę. Rozpoznano zespół depresyjny i nadciśnienie tętnicze. Kontynuowała leczenie ambulatoryjnie.

W wieku 64 lat, jesienią, została przyjęta do oddziału psychiatrycznego po raz drugi z powodu zaostrzenia objawów depresyjnych. Już od wiosny była w obniżonym nastroju, napędzie, skarżyła się na niechęć do pracy, do życia. Występowały zaburzenia rytmów biologicznych. Po leczeniu imipraminą w krótkim czasie uzyskano poprawę. Po trzech miesiącach od wypisania ponownie wróciła do szpitala. Do objawów depresyjnych dołączyły się dyskretne zaburzenia pamięci świeżej. Z uwagi na pojawienie się przeciwwskazań do kontynuowania leczenia TLPD (choroba wieńcowa, rozległe cechy niedokrwienia mięśnia sercowego w EKG) stosowano mianserynę i tym razem poprawa nastąpiła dopiero po półrocznym okresie leczenia.

Jesienią 1993 r., w cztery miesiące po wypisaniu, hospitalizowana po raz czwarty z powodu nasilenia depresji. Pacjentka martwiła się chorobą męża. Obawiała się, że może on wkrótce umrzeć. W dniu przyjęcia do szpitala zlecono jej ampulkę doksepiny na noc. Następnego dnia rano była wylekniiona, zawstydzona i z trudem zdecydowała się na opisanie tego, co się z nią w nocy działo. Długo nie mogła zasnąć, potem w środku nocy obudziła

się z bólem brzucha. Brzuch i piersi od pewnego czasu były powiększone. Przedtem myślała, że przytyła, ale teraz wyraźnie odczuwała ruchy płodu. Zastanawiała się jak to możliwe, ponieważ od 13 lat nie miesiączkowała. Stosunki seksualne z mężem utrzymywała raz w miesiącu, nie pamiętała kiedy po raz ostatni. Nad ranem poszła do toalety. Oddała duże ilości moczu i miała wrażenie, że odeszły wody płodowe, że będzie poród. Bała się i wstydziła się komukolwiek o tym powiedzieć. „We wsi wszyscy wyśmiewaliby się, że taka stara i jeszcze urodziła dziecko”. „Nie miałabym już siły wychować” – mówiła. Rano zastanawiała się, co się stało z płodem. Doszła do wniosku, że chyba poroniła wtedy, gdy odchodziły wody płodowe. Prosiła początkowo o badanie ginekologiczne. Wycofała się w obawie, że ginekolog ją wyśmieje. Po jednej dobie leczenia perazyną w dawce 100 mg/die zaprzeczwała istnieniu ciąży, jednak nie była tego pewna. Obserwowała siebie i z niepokojem pytała, dlaczego ma duży brzuch, skoro nie ma apetytu i prawie nic nie je. Utrzymywały się objawy depresyjne, pojawiła się dysmorfofobia. Pacjentka narzekała, że ma zmieniony kształt brody, że szyja jest jakaś inna. Oglądała się często w lustrze. W okresie świąt Bożego Narodzenia, przebywając w domu na przepustce, miała dobre samopoczucie i przestała przyjmować leki. Po kilku dniach powróciły obawy, że jest w ciąży. Skarżyła się, że ma duży brzuch, piersi obrzmiałe i wyraźnie czuła ruchy płodu. Obliczyła, że jest w 11 miesiącu ciąży. Pytała jak to możliwe, ponieważ nie miesiączkowała od 13 lat i zdawała sobie sprawę, że ciąża trwa 9 miesięcy. Wstydziła się pójść do ginekologa. Miała obniżony nastrój, twarz wyrażającą niepokój i lęk. Podwyższenie dawki perazyny do 200 mg/die, a potem zamiana na perfenazynę nie przyniosło poprawy. Objawy ciąży rzekomej ustąpiły po sześciu dniach leczenia pimozydem w dawce 1 mg/die w skojarzeniu z dibenzepiną w dawce 480 mg/die. W maju 1994 r. pacjentka „poczuła się znakomicie”. Śmiała się z siebie, że takie nedorzeczności mogły jej przyjść do głowy. Stan ten utrzymywał się 9 dni, potem powróciły skargi na

zaburzenia snu, brak chęci do pracy, lęk przed tym, że sobie w życiu nie poradzi. W czerwcu 1994 r. została wypisana z oddziału w stanie jedynie częściowej poprawy w zakresie symptomatologii depresyjnej, z dyskretnymi zaburzeniami pamięci świeżej, bez objawów ciąży rzekomej. W badaniu przedmiotowym z odchyień od normy stwierdzono ciche, głuche tony serca, na dnie oczu angiopatię nadciśnieniową, w EKG lewogram patologiczny, cechy niedotlenienia mięśnia sercowego i zaburzenia przewodnictwa śródkomorowego. Cholesterol 285 mg%.

KOMENTARZ

Opisany przypadek spełnia kryteria wymagane do rozpoznania ciąży rzekomej. Występuje tu silne przekonanie o istnieniu ciąży (mimo próby racjonalizacji), powiększenie brzucha i piersi, odczuwanie ruchów płodu. U pacjentki ciąża rzekoma pojawiła się w okresie zaostrzenia zaburzeń depresyjnych nawracających, w trakcie epizodu depresyjnego umiarkowanego przy współistnieniu cech zaczynającego się otępienia naczyniowego. Możemy zatem przyjąć, że ciąża rzekoma była ekwiwalentem afektywnym. Po początkowej szybkiej poprawie w wyniku odstawienia leków (dibenzepina, pimozyd) objawy ciąży rzekomej ponownie wróciły wraz z zaostrzeniem się symptomatyki depresyjnej. Przekonanie o ciąży nie ustąpiło mimo wyjaśniania oraz przedstawiania dowodów wykluczających możliwość zajścia w ciążę. Objawy somatyczne w postaci powiększenia się brzucha i obrzęknięcia sutków mogły być spowodowane nagromadzeniem tkanki tłuszczowej i retencją wody wskutek zaburzeń endokrynych w depresji. Można przypuszczać, że obniżony poziom dopaminy pozostającej w sprzężeniu z prolaktyną mógł spowodować jej zwiększone wydzielanie i zapoczątkowanie „subprogramu ciąży”. Być może, że pacjentka miała już wstępnie podwyższony poziom prolaktyny, zgodnie z tym, co obserwowano u kobiet wy-

chowujących się bez ojca i w sytuacji lęku przed utratą miłości (obawiała się śmierci chorego męża). Niski intelekt (ukończyła zaledwie 3 klasy szkoły podstawowej) i objawy otępienne nie pozwoliły na odrzucenie pojawiających się obaw o istnienie ciąży. W opisanym przypadku trudno doszukać się ambivalentnej postawy wobec ciąży. Będąc w wieku 65 lat pacjentka wyraźnie nie chciała być w ciąży, bojąc się swojej bezradności i ośmieszenia w oczach sąsiadów ze wsi. Być może w obawie przed śmiercią męża dziecko stało się nieuświadomionym pragnieniem zapełnienia pustki w rychle spodziewanym życiu samotnej wdowy.

PIŚMIENICTWO

1. Anil AM, Pallen AJ: Delusions of pregnancy. Br. J. Psychiatry 1994, 164, 244–246.
2. Chengappa KNR, Steingard S, Brar JS, Keshavan MS: Delusions of pregnancy in men. Br. J. Psychiatry 1990, 156, 422–423.
3. Craddock B, Craddock N, Liebling LI: Pseudocycosis followed by depressive psychosis. Br. J. Psychiatry 1990, 157, 624–625.
4. Cramer B: Delusion of pregnancy in a girl with drug – induced lactation. Am. J. Psychiatry 1971, 127, 960–963.
5. Kość B, Jaworski S, Łotocki W, Karczewski J, Łukasiewicz A: Trudności psychopatologicznego różnicowania w przypadku ciąży rzekomej. Wiad. Lek. 1990, 10, 831–834.
6. Lewis M, Cohen MD: A current perspective of pseudocycosis. Am. J. Psychiatry 1982, 139, 1140–1144.
7. Manzi D, Greenberg B, Maier D, Forouhar F, Malchoff CD: Bronchogenic carcinoma presenting as a pseudopregnancy. Chest 1995, 107, 567–569.
8. Milner GL, Hayes GD: Pseudocycosis associated with folie a deux. Br. J. Psychiatry 1990, 156, 438–440.
9. Pauw KW: Three thousand days of pregnancy. Br. J. Psychiatry 1991, 157, 924–928.
10. Sabrinho LG: The psychogenic effects of prolactin. Acta Endocrinol. Copenh. 1993, 129, 38–40.
11. Santosh KCh: Delusion of pregnancy in men. Case report and review of the literature. Br. J. Psychiatry 1989, 154, 716–718.
12. Shakar R: Delusion of pregnancy in schizophrenia. Br. J. Psychiatry 1991, 159, 285–286.