

Objawy konwersyjno-dysocjacyjne w schizofrenii: opis przypadku

Conversion type and dissociative symptoms in schizophrenia: a case study

ANNA POTOCZEK

Z Katedry Psychiatrii Collegium Medicum
Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

STRESZCZENIE. Przedstawiono przypadek pacjenta wielokrotnie hospitalizowanego z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalno-katatonicznej. W trakcie wielu nawrotów psychozy schizofrenicznej obserwowano u niego objawy, które „naśladowały” objawy psychotyczne (katatoniczne), jednak ich wystąpienie ściśle wiązało się z zewnętrzną sytuacją chorego, po zmianie której natychmiast całkowicie ustępowały. Autorka rozważa trudności diagnostyczne i terapeutyczne, jakie stwarza występowanie objawów konwersyjno-dysocjacyjnych przypominających objawy psychotyczne, a także pytania o związek obrazu psychozy schizofrenicznej z nieprawidłowymi mechanizmami obronnymi osobowości.

SUMMARY. A case of a male patient repeatedly hospitalized for paranoid-catatonic type schizophrenia is presented. During many relapses of the schizophrenic disorder he manifested symptoms „imitating” psychotic (catatonic) symptoms. However, their occurrence was closely related to the current situation in the patient's environment, and they completely disappeared as soon as his situation changed. Diagnostic and therapeutic difficulties resulting from concurrence of conversion-type and dissociative symptoms resembling psychotic symptoms are discussed. The author deals also with the problems of the relationship between schizophrenic psychosis picture and inappropriate defence mechanisms of personality.

Słowa kluczowe: schizofrenia / objawy dysocjacyjne / diagnostyka / opis przypadku
Key words: schizophrenia / dissociative symptoms / diagnostics / case study

Przedstawiony przypadek chorego wielokrotnie hospitalizowanego z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalno-katatonicznej zwraca uwagę na pojawiające się czasem trudności i wątpliwości związane z charakterem obserwowanych objawów oraz pozycją klasyfikacyjną zaburzeń, do których należą.

OPIS PRZYPADKU

Radek, ur. w 1974 r., zachorował i był po raz pierwszy hospitalizowany psychiatrycznie w wieku lat 17, jako uczeń III klasy liceum ogólnokształcącego. Przebywał

w Klinice od 30.03. do 14.05.1992 r., wypisany z rozpoznaniem zespołu depresyjno-urojeniowego u osoby w okresie adolescencji, z zaznaczeniem wszakże, że chodzi o podejrzenie rozpoczynającego się procesu schizofrenicznego. Powodem hospitalizacji było powolne, trwające od ponad roku załamywanie się linii życiowej pacjenta – bez wyraźnego powodu z ucznia bardzo dobrego stał się uczniem słabym, miał coraz gorsze oceny, coraz mniej się uczył, skarżył się na zmęczenie, trudności w koncentracji, rodzice zauważyli, że czasem „mówi nie na temat, śmieje się sam do siebie”. Skarżył się

także na niejasne dolegliwości związane ze wzrokiem, określał je jako „niedowidzenie”. Badanie okulistyczne nie stwierdziło wady wzroku.

W okresie poprzedzającym hospitalizację Radek związał się z religijnym ruchem charyzmatycznym, uczestniczył w spotkaniach grupy modlitwowej, podczas których wzywano do zstąpienia Ducha Św., potem określił te spotkania „wywoływaniem duchów”. Zamierzał w tym czasie zostać księdzem, co budziło żywy protest obojga rodziców, zwłaszcza ojca, zawodowego oficera. Rodzice po raz pierwszy zauważyli u niego zaburzenia myślenia o charakterze urojeniowym na osiem miesięcy przed przyjęciem do kliniki, gdy po powrocie z oazy odmawiał sobie jedzenia, tłumacząc, że gdy je, przestaje myśleć, „marnuje się jego myślenie”. Mówił wtedy także, że nie jest sobą, nic nie czuje, zastanawiał się, czy wygląda i zachowuje się normalnie, skarżył się na poczucie wewnętrznego zamknięcia, odizolowanie od ludzi, a także wrażenie psychicznego „gaśnięcia i blaknięcia”. Był leczony klopentyksolem, perfenazyną i klomipraminą oraz uczestniczył w psychoterapii grupowej i indywidualnej, a jego rodzinę (rodziców i młodszego brata) objęto terapią rodzinną i małżeńską. Został wypisany po 6 tygodniach na żądanie rodziców, którzy chcieli, by ukończył naukę w III klasie.

Po wypisie wrócił do szkoły, ukończył III i IV klasę, zdał maturę i dostał się na Politechnikę Wrocławską. Po miesiącu studiów jego stan psychiczny nagle pogorszył się i z rozpoznaniem zespołu katatonicznego hospitalizowano go na oddziale psychiatrycznym w Katowicach, a potem kolejno, z tym samym rozpoznaniem, leczony w szpitalu wojskowym, w oddziale psychiatrycznym szpitala w Gorlicach, a także w Instytucie Psychiatrii i Neurologii, gdzie niespodziewanie rozpoznano lęk napadowy i skierowano całą rodzinę do terapii rodzinnej. Jednakże po wypisie z Instytutu w ciągu dwóch tygodni stan psychiczny pacjenta pogorszył się tak dalece, że został ponownie

hospitalizowany w Gorlicach, przebywał tam 3 miesiące i wobec braku poprawy, z rozpoznaniem zespołu katatoniczno-paranoidalnego, został przeniesiony do Kliniki Psychiatrii Dorosłych w Krakowie. W sumie, licząc od chwili próby podjęcia przez niego studiów, hospitalizacje te, przedzielane bardzo krótkimi okresami miernej poprawy, obejmowały okres dwóch lat. Jak wynika z dokumentacji i z wywiadów z pacjentem i jego rodzicami istniejące wtedy zaburzenia obejmowały przede wszystkim stany osłupienia katatonicznego z epizodami gwałtownego pobudzenia, automatycznej uległości i negatywizmu, ale także urojenia owładnięcia, odsłonięcia, oddziaływania, wpływu i inne, przede wszystkim o treści religijnej (np. uważał się za Chrystusa, który przyszedł na ziemię ponownie, by ratować świat przed zagładą). Jednakże już wtedy pojawiały się u pacjenta niejasne i zmienne objawy nastroczające duże trudności diagnostyczne, np. pacjent okresowo „zapominał” o wielu swoich zgłaszanych wcześniej przeżyciach, dopytywany o nie twierdził kategorycznie, że nic podobnego się nie wydarzyło, relacjonował wrażenia wzrokowe, które raz nazywał „wizją Szatana”, który nim owładnął, czasem „widzeniem ciemności”, a jeszcze kiedy indziej po prostu zawrotami głowy występującymi po lekach (na uwagę zasługuje ich ewentl. związek z „niedowidzeniem” zgłaszanym podczas pierwszej, licealnej hospitalizacji). Również stany osłupienia, określane na początku jako typowo katatoniczne, były przez niektórych psychiatrów kwestionowane – zwracano uwagę, że w przebiegu choroby pacjenta zdarzają się okresy gdy ograniczony lub zupełny brak ruchów dowolnych ustępuje nagle pod wpływem przykryj lub przyjemnej sytuacji. Także objawy lękowe, które pacjent zgłaszał lub które obserwowano, ulegały metamorfozom – od głębokiego lęku psychotycznego, po obraz zbliżony do ataku *panic disorder* – rozpoznanie z Instytutu Psychiatrii i Neurologii najdobitniej wyraziło te wątpliwości.

Do Kliniki Psychiatrii Dorosłych w Krakowie pacjent został przyjęty 15.11.1995 r., po uprzedniej 3-miesięcznej hospitalizacji psychiatrycznej, z powodu objawów psychotycznych o charakterze katatoniczno-paranoidalnym. Obejmowały one przede wszystkim urojenia owładnięcia przez szatana i poczucie bycia Chrystusem (który jednak czasem sprzymierza się z szatanem, by krzywdzić ludzi), nasilone omamy słuchowe (słyszał głosy mówiące, że został powołany do zbawienia świata, jest kontynuacją osoby Chrystusa, głosy ostrzegające, że świat lada chwila zostanie unicestwiony oraz głosy grożące mu potępieniem), doznania mające cechy omamów wzrokowych (widział tworzącą się z czarnych, gęstniejących plam „twarz” szatana). Podczas poprzedniej hospitalizacji pacjent był bardzo pobudzony, w silnym lęku, agresywnie czynnie, m.in. dusił pacjentkę przebywającą na tym samym oddziale. W Krakowie obserwowałam natomiast znaczne spowolnienie z kilkugodzinnymi okresami osłupienia ze wzmożonym napięciem mięśniowym, giętkością woskową, nienaturalnym ułożeniem ciała. Pacjent był w słabym kontakcie słownym, okresami mutystyczny, gdy zaś mówił, zwracały uwagę przerwy w toku myślenia, otamowania, rozkojarzenie i dziwaczne sformułowania. Treść wypowiedzi była bardzo uboga, pacjent nie zdradzał żadnych zainteresowań, nie nawiązywał kontaktów emocjonalnych, na wizyty rodziny reagował bardzo słabo, na oddziale czas spędzał odizolowany, na swojej sali – sprawiało to wrażenie pustego autyzmu w trakcie postępującego procesu schizofrenicznego. Po leczeniu haloperydolem i chloropromazyną, a także terapią elektrowstrząsową (10 EW) nastąpiła bardzo znaczna poprawa stanu psychicznego pacjenta. Ustąpiły czynne objawy produktywne i ogólne spowolnienie ze stanami stuporu, a choć pacjent przez cały okres 9 tygodni leczenia zachowywał się bardzo biernie, to jednak po ok. 6 tygodniach kontakt z nim poprawił się, jeździł do domu na przepustki, a nawet otrzymał od kolegów zaproszenie na zabawę sylwestrową i skorzystał

z niego. Jednakże właśnie wtedy zaobserwowałam u niego objawy o nowej jakości, polegające na szybko, w ciągu kilku-kilkunastu sekund, narastających stanach osłupienia, gdy kontakt słowny z nim urywał się, pacjent stał się całkowicie mutystyczny, napięcie mięśniowe było bardzo wzmożone, występował negatywizm czynny, obserwowałam także wzmożony odruch mrugania. Stany takie trwały różnie długo, od kilku minut do kilku godzin i wyraźnie wiązały się z bieżącą sytuacją – najczęściej miały miejsce podczas wizyt rodziców, a zwłaszcza wtedy, gdy nakłaniali go by coś zrobił, np. umył się, wyszedł na spacer. Czasem demonstracyjnie przewracał się i zastygał na podłodze, zawsze jednak w taki sposób, by nie wyrządzić sobie krzywdy. Po ustąpieniu objawów twierdził, że zostały objęte amnezją, niczego nie pamiętał lub mówił o trudnych do interpretacji doznaniach wzrokowych („czarna plamka”, które wiązało z działaniem szatana.

W trakcie jednego z tych stanów wykonano EEG – było prawidłowe, wykonano także EEG po deprywacji snu i TK głowy – wyniki badań nie ujawniły patologii. W wyniku konsultacji neurologicznej wykluczono padaczkę. Został wypisany ze szpitala w stanie poprawy, z zaleceniem dalszej opieki ambulatoryjnej.

W okresie od stycznia do sierpnia 1996 r. zgłaszał się do mnie systematycznie wraz z rodzicami. Ogólny stan psychiczny był dobry, choć zaznaczała się obecność objawów negatywnych – był wycofany, bierny, nie interesował się niemal niczym, z trudem nawiązywał kontakty z ludźmi, choć często odwiedzali go znajomi z ruchu oazowego i dzięki temu nie był izolowany społecznie. Jednak co kilka dni, w sytuacjach nawet drobnych domowych napięć dochodziło u niego do występowania stanów osłupienia, gdy na kilka minut lub godzin zastygał i rodzina traciła z nim kontakt. Rodzice byli tym bardzo zaniepokojeni i nalegali, by szukać biologicznego wyjaśnienia tych stanów, choć równocześnie nazywali je „złośliwością” syna i twierdzili, że w ten sposób

wymusza on na nich większą uwagę lub okazuje, że jest z czegoś niezadowolony. Mimo to rodzina była coraz bardziej zaangażowana w opiekę nad pacjentem, organizowała dyżury, nie zostawiała go samego w obawie przed „atakami”.

Do kolejnej hospitalizacji doszło w sierpniu 1996 r. Powodem był pięciodniowy stan osłupienia o obrazie podobnym do poprzednich, gdy pacjent nie spożywał posiłków, nie pił i zanieczyszczał się w łóżku. Pogorszenie wystąpiło nagle, tuż przed planowanym wyjazdem na obóz oazowy, na który pacjent równocześnie chciał i nie chciał jechać. Aż do ostatniego dnia wahał się, a wieczorem przed wyjazdem znieruchomiał. Na oddziale był bez kontaktu, nie wyraził zgody na pobyt. Personel dyżurny zgłaszał, że są chwile gdy pacjent nagle rozgląda się albo niespodziewanie odpowiada na pozdrowienie, po czym znów popada w stupor. Pobyt na oddziale trwał 3 miesiące i obraz zaburzeń w tym okresie był w zasadzie podobny do pierwszej hospitalizacji, z tym że obserwowałam znacznie mniej czynnych objawów wytwórczych (obecne były urojenia owładnięcia i halucynacje słuchowe). Codziennym problemem stały się stany osłupienia, które zaczęłam traktować nie jako katatoniczne ale konwersyjno-dysocjacyjne. Ich związek z bieżącą sytuacją stał się zupełnie ewidentny i wkrótce stany takie, które z braku lepszej nazwy zaczęliśmy nazywać tak jak rodzice, „atakami”, występowały już codziennie. Za ich pomocą pacjent protestował przeciwko czynnościom higienicznym, zażywaniu leków, odwiedzinom rodziców, rozmowom z personelem. Nawiązał natomiast kontakty z uczennicami szkoły pielęgniarskiej, wobec których zachowywał się inaczej i nie demonstrował swoich objawów w opisany powyżej sposób.

Hospitalizacja trwała 3 miesiące. W jej trakcie ponownie wykonano badanie EEG podczas trwania nasilonych zaburzeń, ponowna TK głowy oraz rezonans magnetyczny głowy – wyniki badań były w normie. Pacjent został wypisany w stanie psychicznym

dobrym. Wiązało się to niewątpliwie z korzystną dla niego sytuacją psychologiczną – zainteresował się uczennicą szkoły pielęgniarskiej, która zgodziła się z nim spotykać, pod tym wszakże warunkiem, że będzie czuł się dobrze i „nie przyniesie jej wstydu” oraz że podejmie przerwane z powodu choroby studia wyższe. Choć ten ostatni warunek wydawał się trudny do spełnienia, pacjent, o dziwo, wykonał go w rekordowym tempie trzech tygodni. Po wypisie rzeczywiście wrócił na studia, zamieszkał w akademiku i podjął leczenie ambulatoryjne w poradni studenckiej. W okresie tym ustąpiły wszystkie dotychczasowe objawy psychopatologiczne.

KOMENTARZ

Opisany przypadek ilustruje trudności diagnostyczne i terapeutyczne, jakie stwarza współwystępowanie objawów psychotycznych z przypominającymi je objawami konwersyjno-dysocjacyjnymi, a także pytania o związek obrazu psychozy schizofrenicznej z nieprawidłowymi mechanizmami obronnymi osobowości [pr. 3, 5, 6, 7].

W tym przypadku wątpliwości nadal pozostają. Choć pacjent nie nawiązał dalszego kontaktu z Kliniką w Krakowie, dowiedziałam się, że okres remisji trwał kilka miesięcy i skończył się po zerwaniu z dziewczyną. Pacjent zrezygnował wtedy ze studiów i w stanie niezwykle podobnym do katatonii został przyjęty do innego szpitala psychiatrycznego, gdzie pozostaje od ośmiu miesięcy – nadal. Prowadzący go lekarze i psychologowie wciąż mają trudności z postawieniem jednoznacznej diagnozy, która byłaby zgodna z obowiązującymi klasyfikacjami [pr. 1, 2, 4].

PIŚMIENNICTWO

1. Andreasen N.: Schizofrenia: aktualne koncepcje i ich perspektywy rozwojowe. W: Bomba J., de Barbaro B. (red.): *Psychiatria amerykańska lat dziewięćdziesiątych*. CM UJ, Kraków 1995.

2. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. Fourth Ed. (DSM-IV). American Psychiatric Association 1995.
3. Dziadkiewicz S.: Różnicowanie między zespołem paranoidalnym a histerycznym u młodzieży na przykładzie konkretnego przypadku. *Psychiatr. Pol.* 1995, 29, 2, 215–222.
4. ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniw. Wyd. Med. „Vesalius”, IPiN, Kraków–Warszawa 1997.
5. Perzyński J.: Trudności w rozpoznawaniu schizofrenii rozpoczynającej się zaburzeniami nerwicowymi. *Psychiatr. Pol.* 1979, 13, 1, 57–60.
6. Rajczyk B.: Zespół histeryczny po ustąpieniu zespołu paranoidalnego. *Psychiatr. Pol.* 1995, 29, 2, 223–228.
7. Rybakowski J.: Mechanizmy patogenetyczne stresu w chorobach endogennych. *Psychiatr. Pol.* 1995, 29, 2, 229–242.

*Adres: Dr Anna Potoczek, Katedra Psychiatrii CM UJ,
ul. Kopernika 21, 31-501 Kraków*