



## Rola czynników psychologicznych w przebiegu zespołu tików u dwudziestoletniego mężczyzny – opis przypadku

*The role of psychological factors in the course of tic syndrome in a 20-year-old male – a case report*

AGNIESZKA SKRZYPULEC, SEWERYN SEGIET, ADAM SZUŚCIK,  
KRZYSZTOF KRZYSTA, IRENA KRUPKA-MATUSZCZYK

Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

### STRESZCZENIE

**Cel.** Celem pracy jest przedstawienie przypadku dwudziestoletniego mężczyzny z zespołem tików oraz roli czynników psychologicznych w rozwoju jego choroby.

**Przypadek.** Pacjent, u którego w trzecim roku życia rozpoznano zespół Tourette'a, był wielokrotnie hospitalizowany w oddziałach psychiatrii i neurologii dziecięcej. Z powodu zaostrzenia tików, został trzykrotnie wprowadzony w śpiączkę tiopentalową. Różnorodna farmakoterapia przynosiła krótkotrwałe efekty. U pacjenta nie stosowano psychoterapii. Mężczyznę cechowała osobowość niedojrzała z zachowaniami depresyjno-lękowymi i niskim poziomem samoakceptacji. Dwukrotnie podejmował próby samobójcze, nadużywał leków. W sytuacji stresu pacjent reagował wzmożeniem symptomów fizycznych.

**Komentarz.** Podczas ostatniej hospitalizacji postulowano znaczącą rolę zaburzeń psychicznych w rozwoju i zaostrzeniu zespołu tików. W diagnostyce i leczeniu niezbędna jest dyskusja między różnymi specjalistami, szczególnie psychiatrami, psychoterapeutami, neurologami.

### SUMMARY

**Objectives.** A case of a 20-year-old man with tic disorder is presented and the role of psychological factors in the development of his condition is discussed.

**Case report.** The patient diagnosed with the Tourette syndrome at age 3 was repeatedly hospitalized in child psychiatry and neurology departments. Due to tics exacerbation he was submitted to tiopental-induced coma thrice. Differentiated pharmacotherapy resulted in transient outcomes. No psychotherapy has ever been attempted. The patient was diagnosed with immature personality, manifested anxiety and depressive behaviors and a low self-acceptance level. He had two suicide attempts and was a medication abuser. He responded to stressful situations with aggravation of somatic symptoms.

**Commentary.** During the patient's most recent hospitalization a significant role of mental disorders in the development and exacerbation of his tic disorder was postulated. Cooperation between various health professionals, particularly psychiatrists, psychotherapists and neurologists is necessary both in the diagnostic process and treatment.

---

**Słowa kluczowe:** tiki / zespół Tourette'a / czynniki psychologiczne

**Key words:** tics / Tourette's syndrome / psychological factors

---

Tiki są to nagłe, okresowe, mimowolne ruchy mięśni lub/i wokalizacje. Obejmują odrębne grupy mięśni [1]. Etiologia nie jest do końca poznana, jednak coraz więcej danych przemawia za uwarunkowaniem genetycznym. Inne hipotezy biorą pod uwagę czynniki środowiskowe, uszkodzenia OUN powstałe w okresie pre- i postnatalnym czy powiązanie ruchów mimowolnych z przebyłym zakażeniem paciorkowcowym [2, 3, 4]. Obecnie uznawane podziały różnicują tiki na: ruchowe i głosowe, proste i złożone, przemijające i przewlekłe. Występowanie tików jest często rodzinne. Częstość występowania w populacji ogólnej szacuje się na 1–3%, z zapadalnością częstszą u chłopców, niż dziewczynek [5].

Zespół Gilles de la Tourette'a to rzadka i skrajna postać zespołu tików, która cechuje się przewlekłym charakterem i inwalidyzacją chorego [6]. Zespół de la Tourette'a charakteryzuje się występowaniem mnogich tików ruchowych, oraz jednym lub więcej tików głosowych. Tiki te nie muszą występować równocześnie [6].

W dzisiejszej medycynie zaburzenia tikowe, w tym zespół Tourette'a, są poważnym problemem diagnostycznym i terapeutycznym. Dlatego wydaje się, że warto analizować konkretne przypadki chorych, aby jeszcze lepiej poznać złożoną charakterystykę tików oraz problemy diagnostyczne z nimi związane [7].

## PRZYPADEK

Opisany pacjent to mężczyzna w wieku 20 lat, z wykształceniem średnim oraz ukończonymi kursami masażysty. Obecnie jest zarejestrowany w Urzędzie Pracy jako bezrobotny, dorywczo pracuje w hotelu, jako pomocnik kucharza.

Pierwszy epizod choroby, pod postacią tików ruchowych, wystąpił u niego w 3 roku życia. W 2001 r. (12 r. ż.) nastąpiło zaostrzenie stanu. Występowały gwałtowne ruchy mimowolne rąk i klatki piersiowej. Pacjent był hospitalizowany, a po podaniu diazepamem – zwolniony do domu. Po trzech dniach powróciły silne napady tików w dzień i w nocy, podczas których odczuwał intensywny, nasilający się ból, opisywany przez niego jako nie do wytrzymania. Mężczyzna twierdzi, że intensywność doznań bólowych wywoływała u niego krzyk i płacz.

Przyjęty do kliniki neurologii celem diagnostyki stanów napadowych. Nie wykazano zmian w MR ani wideoEEG. Zastosowano leczenie haloperidolem. Od 2001 roku, z powodu nasilających się tików, był nauczany indywidualnie. Pomiędzy 2001 i 2005 r. leczony ambulatoryjnie przez neurologów i psychiatrów. Stosowano farmakoterapię: haloperidol, karbamazepina, diltiazem, sulpiryd, klonazepam, oksazepam, biperiden, klorazepat, opipramol, klonidyna. Nie prowadzono psychoterapii.

W lutym 2005 roku, podczas konsultacji neurologicznej, postawiono diagnozę zespołu de la Tourette'a o dużym nasileniu objawów. Po miesiącu pacjenta po raz kolejny konsultował inny neurolog, który wprowadził leczenie pimozydem i sertralina. Następnie, w lipcu 2005, miała miejsce hospitalizacja w klinice neurologii. Wykonano badanie genetyczne w kierunku choroby Huntingtona, którego wynik był negatywny. Zalecono kontynuację leczenia oraz psychoterapię w celu ujawnienia psychologicznych motywów objawów. Pacjent nie poddał się psychoterapii. Pogorszenie nastąpiło w lutym 2006, w skutek czego podjęto kolejną hospitalizację w klinice neurologii. Zastosowano leczenie farmakologiczne: sertralina, klonazepam, relanium, lorazepam, midazolam, tetrazepam, perazyna. Nie zaobserwowano poprawy po podaniu leków, zauważono natomiast poprawę po placebo. Po 3 dniach pacjenta przekazano do oddziału intensywnej terapii celem wprowadzenia w śpiączkę tiopentalową. Po wybudzeniu nadal występowały ruchy mimowolne. Pacjenta przekazano do leczenia na oddziale psychiatrii. Po 4 dniach został wypisany na życzenie matki. Zalecono psychoterapię, której pacjent po raz kolejny się nie poddał.

W lutym 2007, po nasileniu ruchów mimowolnych, 17-letni pacjent ponownie został w oddziale intensywnej terapii wprowadzony w śpiączkę tiopentalową.

Następnie został przeniesiony do kliniki neurologii, gdzie utrzymano leczenie pimozydem i sertralina.

Miesiąc później miała miejsce konsultacja neurologiczna, po której zmodyfikowano leczenie. Podawano pimozyd, klomipraminę. Tiki nie występowały, nastrój i napęd uległy wyrównaniu. Maj 2007 – nastąpiło zaostrzenie stanu i kolejny pobyt w oddziale intensywnej terapii celem zastosowania śpiączki tiopentalowej. Zmodyfikowano leczenie na: klonazepam, pimozyd.

Od lipca 2007 pacjent zaczął przyjmować nałogowo leki w celu wywołania stanu relaksu i komfortu podczas pracy (ketoprofen, ibuprofen, paracetamol, ogólnodostępne ziołowe leki przeciwdepresyjne i uspokajające). Pacjent mówił, iż w nocy budził się z potrzebą zażycia leku. Potrafił zjeść całą paczkę na raz.

W listopadzie 2007 był hospitalizowany w oddziale chorób wewnętrznych z powodu próby samobójczej – zatrucia lekami (baklofen). Konsultujący psychiatra stwierdził cechy osobowości nieprawidłowej, cechy depresyjno-lękowe, niski poziom samoakceptacji. Zalecił psychoterapię. Po opuszczeniu szpitala pacjent podjął drugą próbę samobójczą przy użyciu noża, po której nastąpiło u niego załamanie nerwowe.

Od 2007 roku rozpoczął regularne ćwiczenia na siłowni, co pomagało mu w uzyskaniu akceptacji otoczenia. Zażywał nadmierne dawki L-karnityny. Podjął pracę jako pracownik ochrony. Podaje, że charakter pracy, którą wykonywał, jak i jego postura, wzbudzały respekt otoczenia. Czuł się akceptowany i dzięki temu akceptował siebie. W pracy przejawiał zachowania agresywne – kilkakrotnie wdawał się w bójki, co w efekcie spowodowało jej utratę. Pacjent twierdzi, że w momencie, kiedy narasta w nim agresja, przestaje słyszeć, a nawet widzieć.

Z powodu nasilenia impulsów samobójczych, w grudniu 2007, pacjenta został przyjęty na oddział psychiatrii. Stwierdzono, iż konflikty rodzinne mają istotny wpływ na ekspresję objawów. W trakcie leczenia wystąpiły kilkakrotne dekompensacje w postaci myśli samobójczych i napadów lęku. Leczenie trwało 2 miesiące. Na przełomie marca i kwietnia 2008 pacjent, po raz drugi przebywał w oddziale psychiatrii z powodu nieoczekiwanego zaostrzenia dezorganizujących funkcjonowanie tików ruchowych, głównie w obrębie mięśni obręczy barkowej, trudnego do wyjaśnienia obiektywnymi wydarzeniami. Rok później, w marcu 2009 roku, mimo prowadzonego leczenia, przebywał w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii z powodu uporczywie nawracających napadów zrywań mięśniowych głowy i tułowia z towarzyszącymi zaburzeniami wentylacji.

W czerwcu 2009 przyjęty do kliniki psychiatrii i psychoterapii. Przy przyjęciu pacjent zorientowany wszechstronnie, w rzeczowym kontakcie, w wyrównanym nastroju, z dostosowanymi reakcjami, spokoj-

ny w zachowaniu. Tok myślenia przeciętnie szybki. Obecne były pojedyncze zrywy mięśniowe w obrębie barków i tułowia oraz proste wokalizacje o charakterze pochrząkiwań i mruczeń, które ustępowały w sytuacji zmniejszania się napięcia psychicznego – głównie podczas swobodnych wypowiedzi pacjenta. Nie stwierdzono objawów wytwórczych. Zaprzeczał myślom i tendencjom samobójczym. W skali depresji wg Becka otrzymał 2 pkt., za stwierdzenie: „jestem stale zdenerwowany lub rozdrażniony”.

Badanie przy użyciu „Diagnostycznego kwestionariusza osobowości” – 74/M. Wnioski płynące z analizy badania pokrywały się z wywiadem oraz obserwacją pacjenta podczas pobytu w klinice. Zaobserwowano symbiotyczną relację pacjenta z matką, której obraz idealizował, ujawnioną w analizie przeniesień w trakcie grupy terapeutycznej. Ponadto, uwidoczniły się trudności w relacjach z ojcem (uzależnionym od alkoholu), u którego pacjent bezskutecznie poszukiwał akceptacji. Pomimo tego, że pacjent nie lubił zajmować się mechaniką samochodową, często starał się pomagać ojcu podczas pracy w garażu, oczekując w zamian pochwały i docenienia swoich starań. Znamienne, że w przeszłości 2-krotne epizody znacznego nasilenia tików ruchowych z następującą niewydolnością oddechową nastąpiły właśnie po powrocie ojca z garażu do domu. Można to wyjaśniać frustracją w następstwie brakiem oczekiwanej akceptacji ze strony ojca, a także traktować jako wtórną korzyść odnoszoną w postaci koncentracji na stanie zdrowia i troski ze strony matki.

Zastosowano leczenie farmakologiczne: pimozyd 4mg/die (0,0,4), klozapina 50mg/die (12,5; 12,5; 25), walproinian sodu 900mg/die (300,0,600). Ponadto, pacjent uczestniczył w psychoterapii grupowej, prowadzono z nim rozmowy indywidualne, brał udział w muzykoterapii, arteterapii i choreoterapii. Zaobserwowano stopniową poprawę zarówno w zakresie zmniejszenia nasilenia tików, jak i ogólnego funkcjonowania.

Po 1,5 miesiąca terapii wystąpił znaczny stresor społeczny w postaci śmierci dziewczyny pacjenta. Spowodował on trudność w kontrolowaniu złości – znaczne nasilenie impulsów i zachowań agresywnych. Gdy pacjent został poinformowany o śmierci bliskiej osoby zniszczył drzwi wejściowe do swojej sali. Zastosowano doraźne leczenie uspokajające (klorazepat). Rozważano przeniesienie pacjenta na oddział zamknięty kliniki. Współpacjenci na grupach terapeutycznych poruszali temat poczucia zagrożenia i możliwej agresji ze strony pacjenta. On sam utrzymywał, iż świadomie usiłuje wywołać lęk u innych, zapewniając równocześnie, że inne osoby mogą czuć się bezpiecznie. Pacjentowi udzielono wsparcia psychologicznego, po 3 dniach nie wymagał już dodatkowej farmakoterapii anksjolitycznej. Podczas sesji terapeutycznych był w nastroju obniżonym, przygnębiony. Deklarował,

że „nic nie czuje”, jest odcięty od przeżywanych emocji i napięcia. Równocześnie przejawiał nasilenie tików, lecz nie łączył tego z napięciem. Został poinformowany o możliwościach dalszego leczenia w oddziale zaburzeń osobowości. Ustalił wstępny termin rozmowy kwalifikacyjnej.

Incydent po śmierci dziewczyny oraz pogorszenie psychicznego stanu pacjenta ponownie przyciągnęły uwagę oraz troskę ze strony matki, jak i ojca. Kilka dni po krytycznym incydencie ojciec pacjenta zaoferował mu pomoc w zapewnieniu pracy. Wydaje się, że stanowiło to czynnik decydujący w podjęciu decyzji o zaniechaniu terapii i wypisie na własne żądanie.

Rozpoznano: zespół tików głosowych i ruchowych (zespół Gilles de la Tourette’a), osobowość chwiejna emocjonalnie.

## KOMENTARZ

Wydaje się, że nasilenie zaburzeń somatycznych (tiki nerwowe) było wyrazem wyparcia przez pacjenta takich trudnych dla niego emocji, jak złość (szczególnie względem ojca) oraz lęk przed odrzuceniem. Z drugiej strony objawy zapewniały wtórne korzyści w postaci koncentracji na stanie zdrowia i troski ze strony matki, którą pacjent idealizował i z którą utrzymywał relację symbiotyczną. Badania psychologiczne wskazywały na negatywny obraz własnej osoby, nadwrażliwość i koncentrację na doznaniach somatycznych. Wzmoczona agresja i skłonność do zachowań impulsywnych wiązały się ze sposobem, w jaki pacjent próbował zyskać uznanie grupy rówieśniczej. Równocześnie w codziennym funkcjonowaniu na oddziale pacjent zjednał sympatie grupy terapeutycznej i zyskał akceptację, co wydało się stanowić dla niego istotne doświadczenie korekcyjne.

Według Sacksa, zespół de la Tourette’a stanowi kumulację różnego rodzaju impulsów, co przywołuje na myśl pojęcie *id*. Biorąc pod uwagę freudowską koncepcję snów, jako drogę do podświadomości, zespół de la Tourette’a można rozpatrywać jako „jedyną drogę”. Drogę tę możemy przynajmniej częściowo poznać, poprzez ujawnione głębsze podświadome powiązania, a co za tym idzie, całe wewnętrzne życie pacjenta – jego niepowściągliwe projekcje, ale i introjekcje [8]. Sacks twierdzi także, iż szereg reakcji, które składają się na zespół de la Tourette’a, powoduje, że zaburzenie to wzmacnia i wydobywa z pokładów podświadomości instynktowne zachowania i emocje, jak erotyzm czy agresja. Ponadto, w zespole de la Tourette’a widoczne są wszystkie prymitywne instynkty, odczucia i myśli, których zdrowy człowiek nie dopuszcza do świadomości, a różnego rodzaju wcześniejsze wspomnienia, zostają eksponowane właśnie jako tiki [8].



W samej etiologii tików oraz zaostrzeniu stanu pacjentów, można się dopatrywać zaburzeń emocjonalnych, takich jak agresja, wahania nastroju, zaburzenia relacji z innymi, impulsywność [9]. Należy jednak pamiętać o rozgraniczeniu zaburzeń, które mogą być przyczyną objawów od tych, które mogą być ich następstwem [10].

W literaturze znajdujemy częste obserwacje współwystępowania zaburzeń w postaci tików z ADHD oraz zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym (OCD) [11]. Uważa się, że niektóre formy OCD mogą być etiologicznie powiązane z zespołem Tourette'a poprzez szczególną ekspresję czynników genetycznych, ważnych również w powstaniu tików [12]. Ponadto tiki, występujące w zespole Tourette'a, są zaliczane do spektrum zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego (OCDs). Pojęcie to dotyczy grupy heterogennych zaburzeń, mających różne kliniczne postaci, ale jedną cechą wspólną – w ich przebiegu zawsze pojawiają się obsesje i kompulsje [13]. W związku z pracami nad klasyfikacją ICD-11 dyskutuje się, czy kłaść nacisk na podziały nozologiczne, czy zespoły objawów. Przedstawiony opis przypadku świadczy, że decyzje w tej sprawie są bardzo trudne, a dyskusja jest jak najbardziej potrzebna.

Studium pacjentów z zespołem de la Tourette'a powinno być indywidualne, bowiem jednostka ta jest niebywale skomplikowana pod względem neurofizjologii, jak i psychologii. Jasna i dokładna znajomość tej przypadłość wydaje się niemożliwa, w sytuacji tylko chwilowego kontaktu z pacjentem. Potrzebna jest wnikliwa obserwacja. Nie ma jednej w pełni efektywnej terapii zaburzeń tikowych. Niezwykle istotny jest indywidualny dobór terapii dla każdego pacjenta [8]. Uważa się, iż oprócz leczenia farmakologicznego (najczęściej haloperidol, klonidyna) należy kłaść nacisk na psychoterapię, szczególnie techniki behawioralne, takie jak: techniki relaksacyjna, hipnoterapia, *biofeedback* czy *habit-reversal*, który jest coraz częściej stosowanym narzędziem w leczeniu tików [5]. Podejście *habit-reversal* wychodzi z założenia, że ludzie często nie są świadomi każdorazowego występowania tików. Terapia polega na zwiększeniu świadomości występowania tików i powodowaniu ulgi poprzez zastępowanie ich mniej kłopotliwymi zachowaniami [14]. Szczególnie w najczęstszych – łagodnych postaciach zaburzeń tikowych, istotna w przebiegu leczenia wydaje się być również sama edukacja pacjenta [15].

Już konferencja z 1914 roku, na której neurologi i psychoanalizyści wspólnie rozważali przypadki osób z zespołem de la Tourette'a, pokazała, że każdy chory z tym zespołem jest ogromnym źródłem wiedzy i bezwzględnie niezbędny jest dialog między różnymi specjalistami (szczególnie psychiatrami, psychoterapeutami, neurologami), poparty odpowiednią diagnostyką [8]. Tylko w ten sposób i poprzez wnikliwą obserwację będzie można podjąć próby zgłębienia tej wielowymiarowej jednostki chorobowej.

## PIŚMIENNICTWO

1. Leckman JF, Bloch MH, King RA, Scahill L. Phenomenology of ticks and natural history of tic disorders. *Adv Neurol.* 2006; 99: 1–16.
2. Olson S. Neurobiology. Making sense of Tourette's. *Science.* 2004; 305: 1390–1392.
3. Leckman J. Tourette's syndrome. *Lancet.* 2002; 360: 1577–1586.
4. Chowdhury U, Christie D. Tourette syndrome and tics. *Current Paediatrics.* 2003; 13: 42–46.
5. Żarkowski M, Mładzikowska-Albrecht J, Steinborn B. Symptomatologia tików i zespołu Tourette'a u dzieci i młodzieży. *Neurologia i Neurochirurgia Polska.* 2008; 42, suplement 1: 83–87.
6. Klasyfikacja ICD-10. Kraków: Vesalius; 2000.
7. Swain J, Scahill L, Lambroso P, King R, Leckman J. Tourette syndrome and tic disorders: a decade of progress. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007; 46 (8): 947–68.
8. Sacks O. *International neuro-psychoanalysis congress proceedings, volume 1.* London: The International Neuro-Psychoanalysis Centre; 2000.
9. Lindback T, Strand G. Tourette syndrome in children. An analysis of everyday problems – neurology or emotional conflicts? *Tidskr Nor Laegeforen.* 1994; 114 (19): 2248–51.
10. Widlocher D. Phenomenology of tics: psychological and psychiatric approach. *Rev Neurol.* 1986; 142 (11): 840–4.
11. de Groot C, Bornstein R, Spetie L, Burris B. The course of tics in Tourette syndrome: a 5-year follow-up study. *Ann Clin Psychiatry.* 1994; 6: 227–233.
12. Miguel E, do Rosario-Campos M, Shavitt R, Hounie A, Mercadante M. The tic-related obsessive-compulsive disorder phenotype and treatment implications. *Adv Neurol.* 2001; 85: 43–55.
13. Rabe-Jabłońska J. Spektrum zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego a spektrum zaburzeń impulsywnych. Miejsce agresji w obu grupach zaburzeń. *Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii.* 2005; 2: 103–112.
14. Piacentini J, Chang S. Habit reversal training for tic disorders in children and adolescents. *Behav Modif.* 2005; 29 (6): 803–22.
15. Peterson B, Cohen D. Treatment of Tourette's Syndrome: multimodal, developmental intervention. *J Clin Psychiatry.* 1998; 59: 62–72.

Wpłynęło: 15.04.2010. Zrecenzowano: 28.04.2010. Przyjęto: 29.09.2010.

Adres: dr n. med. Krzysztof Krysta, Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii SUM w Katowicach, SPSK nr 7 Górnośląskie Centrum Medyczne, ul. Ziołowa 45/47, 40-635 Katowice, e-mail: krysta@mp.pl