



Przypadek dysymulacji w przebiegu schizofrenii – opis przypadku

A case of dissimulation in the course of schizophrenia – a case report

MAREK DOMAŃSKI¹, MACIEJ DOMAŃSKI¹, JANUSZ PERZYŃSKI²,
ANETA OPOLSKA¹, ANNA KOWAL¹

Z: 1. Szpitala Neuropsychiatrycznego w Lublinie
2. Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej w Lublinie

STRESZCZENIE

Cel. Przeprowadzono różnicowanie pomiędzy symulacją a dysymulacją w schizofrenii.

Przypadek. Pacjent l. 30, leczony psychiatrycznie ambulatoryjnie od 3 lat z powodu schizofrenii paranoidalnej. Z tego powodu uzyskał świadczenie socjalne. W 2006 r. trafił na obserwację sądowo-psychiatryczną z powodu gróźb karalnych, groził zabójstwem sąsiadowi, co nie wynikało z przesłanek psychotycznych. W trakcie obserwacji przejawiał postawę dysymulacyjną, negując objawy psychotyczne. W odniesieniu do okresu sprzed hospitalizacji, zgłaszane w tym czasie objawy psychotyczne tłumaczył przyjętą celowo strategią symulacji. Pacjent negował stawiane mu zarzuty.

Komentarz. Analiza całości obrazu klinicznego pozwoliła potwierdzić rozpoznanie schizofrenii.

SUMMARY

Objectives. A differentiation between malingering and dissimulation in a case of schizophrenia is presented.

Case. 30-year-old patient treated on the outpatient basis for paranoid schizophrenia in the past 3 years was receiving a welfare benefit on the grounds of this diagnosis. In 2006 he was admitted to a closed ward for a 6-week forensic psychiatric observation on a charge of punishable threats (he had threatened to kill his neighbor, which was irrelevant to his psychotic disorder). In the course of observation he presented a dissimulating attitude denying his psychotic symptoms. The psychotic symptoms he had reported prior to his hospitalization the patient explained by his strategy of purposeful malingering. He pleaded not guilty to the charge.

Commentary. The diagnosis of schizophrenia was confirmed by an analysis of the overall clinical picture in this case.

Słowa kluczowe: schizofrenia / symulacja / dysymulacja

Key words: schizophrenia / malingering / dissimulation

W praktyce psychiatrycznej na co dzień spotykamy się z problemem symulacji, dysymulacji czy też agravacji objawów chorobowych. Wiąże się to bezpośrednio ze zjawiskiem wglądu w chorobę, definiowanym najczęściej jako pojęcie wielowymiarowe, w którego skład wchodzi świadomość choroby psychicznej, obecność różnych objawów psychozy oraz potrzeby leczenia [1, 2, 3, 4].

Dysymulacja polega na ukrywaniu istniejących objawów chorobowych. Spotyka się ją u tych osób z zaburzeniami psychicznymi, które zdają sobie sprawę z chorobliwości swojego stanu, albo też są niekrytyczne wobec choroby, lecz wiedzą, jakie objawy otoczenie uważa za chorobowe. Zjawisko dysymulacji występuje najczęściej u inteligentnych chorych z zespołami paranoidalnymi i paranoicznymi. Nierzadko ma na celu zmniejszenie czujności otoczenia. Rodzajem dysymulacji jest zaprzeczanie. Opisywane jest jako strategia psychologiczna, mogąca chronić przed uświadomieniem następstw choroby psychicznej [5, 6, 7].

Zjawiskiem przeciwnym w postawie wobec choroby jest symulacja, czyli świadome i celowe udawanie zaburzeń psychicznych. Polega na kontrolowanym przez symulującego sygnalizowaniu otoczeniu dolegliwości, bądź wytwarzaniu lub udawaniu objawów i braku sprawności [6, 8, 9, 10].

Te dwie skrajnie przeciwstawne postawy często pojawiają się w przebiegu schizofrenii, jednakże rzadko wyma-

gają oceny jednocześnie, jak to miało miejsce w przypadku, który chcielibyśmy przedstawić.

OPIS PRZYPADKU

Mężczyzna l. 31, kawaler, bezdzietny, przyjęty na obserwację sądowo-psychiatryczną w związku z wypowiedzianymi groźbami pozbawienia życia. Wcześniej karany za kradzież, 3,5 roku spędził w zakładach karnych. Była to pierwsza hospitalizacja psychiatryczna. Wcześniej leczony psychiatrycznie ambulatoryjnie od około 3 lat. Początkowo rozpoznawano zaburzenia osobowości oraz zaburzenia somatyzacyjne. Po około pół roku obserwacji ambulatoryjnej stwierdzono stany lękowe, napięcie, wielkościowość, dziwaczne zachowania. Pacjent potwierdzał okresy apatii, braku zainteresowań, kilkakrotnie wydawało mu się, że ludzie o nim rozmawiają, śmieją się z niego. Zaczął interesować się parapsychologią i teologią. W dokumentacji medycznej z tego okresu lekarz prowadzący odnotował podejrzenie dysymulacji. Z wywiadu od matki wynikało, że pacjent zmienił się od ponad roku. Przejawiał lęki, w dzień spał, w nocy oglądał telewizję, nastawiał głośno radio, nie wychodził z domu, nie rozmawiał z nią przez kilka tygodni, czytał dużo książek. Nie jadł tego, co podawała matka, tylko sam przygotowywał sobie jedzenie. Gdy ktoś przychodził

w odwiedzinie do domu, nie chciał z nim rozmawiać, zakrywał się (razem z głową) kocem. Stał się nadpobudliwy, nadużywał alkoholu. W trakcie kolejnych wizyt pacjent przejawiał omamy słuchowe, pseudohalucynacje, urojenia odnoszące i oddziaływania. W tym czasie otrzymywał neuroleptyki, których nie brał jednak regularnie. Nadal nadużywał alkoholu. Odmówił przyjęcia skierowania do szpitala. Został skierowany na badanie celem orzeczenia stopnia niepełnosprawności, dzięki czemu uzyskał grupę inwalidzką oraz świadczenia socjalne.

W związku z podejrzeniem popełnienia przestępstwa poddany został ambulatoryjnemu badaniu sądowo-psychiatrycznemu przez biegłych. W czasie badania był nieufny, podejrzliwy, skracał dystans, przyjmował postawę wielkościową, rezonował. W wypowiedziach pojawiały się okresowo elementy myślenia magicznego, symbolicznego, dereistycznego. Biegli nie stwierdzili objawów psychopatologicznych wytwórczych i wnioskowali o obserwację sądowo-psychiatryczną.

W trakcie pobytu w szpitalu zachowywał się spokojnie, nie był odnotowywany w raportach pielęgniarskich, kontakty z innym pacjentami miały charakter tylko formalny. Charakterystyczne było również to, że nie wchodził w kontakt także z pacjentami tak jak on z przeszłością kryminalną, hospitalizowanymi w tym czasie w oddziale. Chętnie zgadzał się na rozmowy, negocjował jakiegokolwiek dolegliwości natury psychicznej, twierdził, że jest zupełnie zdrowy psychicznie, zaś objawy psychotyczne, które relacjonował wcześniej symulował, chcąc uzyskać świadczenia socjalne. Wiedzę na temat choroby nabywał z książek, twierdził że interesował się od kilku lat parapsychologią, teologią, przeczytał m.in. „Mistrza i Małgorzatę” oraz „Fausta”, ale też podręczniki psychiatrii. Proszony o odniesienie się do relacji matki na temat jego zachowania, sugerował, że przed nią również symulował pewne objawy, żeby je uwiarygodnić, a nawet że był to swego rodzaju spiszek z nią.

Opiniowany przyznał, że w czasie odbywania kary był członkiem subkultury więziennej i „grypsował”. Przyznał również, że chorzy psychicznie nie mogą grypsować i są wykluczani ze środowiska, ale mimo to uważał, że udawanie choroby psychicznej w tym przypadku mu nie zaszkodziło.

O swojej działalności kryminalnej nie chciał mówić, stwierdził tylko że nadal jest „na czasie i w obiegu”. Odnośnie zarzucanych mu czynów nie przyznawał się do winy, twierdząc że nigdy nikomu nie groził, natomiast sam był narażony na szykany ze strony sąsiadów.

Z wywiadu wynikało, że babka pacjenta chorowała psychicznie. Matka chorego informowała, że syn zmienił się od kilku lat, przestał wychodzić z domu, zerwał kontakty towarzyskie, również te kryminalne, był na utrzymaniu rodziny. Często dziwnie się zachowywał, wypowiadał treści nielogiczne, nadużywał alkoholu, twierdził, że po alkoholu jest mu lepiej.

W badaniu psychiatrycznym zwracała uwagę dość sztywna, wielkościowa postawa, brak modulacji afektu, ambiwalencja zarówno co do wypowiadanych treści, jak i zachowań. Wyraźnie można było zauważyć „załamane linii życia” badanego – zerwał kontakty z kolegami, z wykonywanym wcześniej „fachem”, co w żadnym razie nie świadczy o pozytywnej resocjalizacji w zakładach karnych.

Badanie psychologiczne przeprowadzone przy użyciu skal WISKAD i Cattella ujawniło obniżony krytycyzm, dy-

symulację objawów chorobowych, jak również próby ukrywania faktycznych cech osobowości, które układały się wyraźnie w zespół cech osobowości socjopatycznej. Badanie przy pomocy skali Wechslera wykazało także, że opiniowany funkcjonuje na górnej granicy normy intelektualnej, skala bezsłowna 119, skala słowna 115. Po zakończeniu terminu obserwacji został wypisany do domu z rozpoznaniem schizofrenia paranoidalna.

OMÓWIENIE

Klinicysta, który zapoznaje się z historią przypadku i dokonuje jej zapisu, nie tylko formułuje hipotezy, ale również musi je weryfikować. Musi odkrywać przy tym przekonujące dowody trafności lub nietrafności swoich przypuszczeń [11].

Zarówno symulacja jak i dysymulacja zaburzeń psychicznych stanowi poważny problem diagnostyczny, tak w opiniowaniu sądowo-psychiatrycznym, jak i w postępowaniu klinicznym. Trudności diagnostyczne jakie napotkaliśmy w przedstawionym przypadku związane były z koniecznością odniesienia się do obu tych stanów u jednego chorego i mimo, że dotyczyły różnych okresów czasowych, musiały być ocenione jednocześnie.

Mogliśmy przyjąć w związku z tym dwa założenia:

1. Mamy do czynienia z dysymulacją w czasie obserwacji, zaś sugestia symulacji w przeszłości jest również dysymulacją.
2. Symulacja była prawdziwa, a więc nie możemy mówić o dysymulacji.

Potwierdzenie pierwszej wersji wiązało się z rozpoznaniem schizofrenii, drugiej zaś to rozpoznanie wykluczało. W rozstrzygnięciu, która wersja jest prawdziwa, zasadnicze znaczenie według nas miało, poza obrazem klinicznym w okresie obserwacji odniesienie się do kwestii występowania lub niewystępowania symulacji w przeszłości. Podstawową trudność w tej kwestii stanowił fakt, iż zachowania pacjenta, które opisywał nam jako symulację mogliśmy oceniać tylko na podstawie opisów innych osób. Wykluczone były więc dane z własnych obserwacji, co może mieć kluczowe znaczenie.

Uszkiewiczowa [12] często podkreśla na przykład, jak ważna jest ocena dwoistości zachowań pacjenta symulującego wobec różnych osób, czy brak konsekwencji i spójności w przedstawianiu objawów, co można ocenić tylko na podstawie własnych obserwacji.

Za symulacją mogły przemawiać wynikające z niej korzyści dla pacjenta, wysoki poziom inteligencji chorego i jego odczytanie w literaturze fachowej. Przeciwnie symulacji – całość obrazu klinicznego, spójność opisywanych przez chorego objawów, zmiana osobowości, „załamanie linii życia”, relacje matki oraz to, że objawy opisywane przez chorego układały się w zespoły psychopatologiczne, a nie były pojedynczymi objawami, co podkreśla na przykład Waszkiewicz [13].

Odnośnie dysymulacji Caruso i inni [14] w swoim badaniu stwierdzili jej dwie postaci, tzw. „świadomą” oraz „z braku wglądu”. W opisanym przez nas przypadku mamy do czynienia głównie z dysymulacją z braku wglądu, ale też elementy świadomej. Miało to miejsce na przykład w ukrywaniu przez pacjenta niektórych cech osobowości w bada-

niu psychologicznym. Autorzy ci, jak również Verma [15] podkreślają też, że dysymulacja znacznie częściej występuje w grupie osób z zaburzeniami psychotycznymi m.in. schizofrenią i znacznie częściej stwierdza się u nich pozytywny wywiad w kierunku choroby psychicznej, które to fakty potwierdzała również nasza obserwacja.

Przyjeliśmy także za Bilikiewiczem [3], że próby ukrywania objawów, czyli dysymulacja mogą stać się pierwszymi sygnałami odzyskiwania wglądu przez chorego. Zaś w stanie zupełnego braku wglądu (co miało miejsce na początku zachorowania) chory zwykle nie przejawia tendencji do ukrywania objawów, bo stanowią one dla niego subiektywnie oczywistą realność. Przyczyną odzyskiwania wglądu było w tym wypadku leczenie, które otrzymywał chory, mimo że było ono niesystematyczne i nieefektywne.

Argumentem przemawiającym za rozpoznaniem schizofrenii mógł być też fakt, że dysymulacja w sytuacji zagrożenia karą przeczyłaby logice, jednakże błahy czyn dla osoby o charakterze recydywisty oraz wcześniejsze jego uwagi na temat statusu chorego psychicznie w społeczności kryminalnej mogły nasuwać pewne wątpliwości.

Podsumowując zatem, założenie pierwsze uznaliśmy za prawdziwe, co skutkowało rozpoznaniem schizofrenii.

PIŚMIENNICTWO

1. Karow A, Pajonk FG. Wgląd a jakość życia w schizofrenii: wyniki ostatnich badań i ich wpływ na leczenie. *Current Opinion in Psychiatry*. 2007; 5 (4): 16–19.
2. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Flaum MM, Endicott J, Gorman JM. Assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry*. 1993; 150: 873–879.
3. Bilikiewicz A. *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Wydanie III. Warszawa: PZWL; 2006.
4. Markova IS, Berrios GE. Insight in clinical psychiatry revisited. *Compr Psychiatry*. 1995; 36: 367–376.
5. Cooke MA, Peters ER, Kuipers E, Kumari V. Disease, deficit or denial? Models of poor insight in psychosis. *Acta Psychiatr Scand*. 2005; 112: 4–17.
6. Moczulski W. *Zarys psychopatologii kryminalnej. Dla potrzeb organów ścigania*. Warszawa: Departament Szkolenia MSW; 1974.
7. Pużyński S. *Leksykon psychiatrii*. Warszawa: PZWL; 1993.
8. Cudała WJ. Symulacja i zjawiska z nią powiązane w praktyce ogólnolekarskiej. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*. 2006; 2 (6): 93–96.
9. Sidorowicz S. *Psychiatria kliniczna*. Wrocław: Urban & Partner; 1995.
10. Wciórka J (red.). *Psychiatria praktyczna dla lekarza rodzinnego*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1992.
11. Rosenhan DL, Seligman MEP. *Psychopatologia*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne; 1994.
12. Uszkiewiczowa L. Zaburzenia reaktywne i symulacja w praktyce sądowo-psychiatrycznej. Warszawa: PZWL; 1966.
13. Waszkiewicz E. Symulacja zaburzeń psychicznych w procesie karnym. *Nastroje*. 2007; 5–6 (7): 3.
14. Caruso KA, Benedek DM, Auble PM, Bernet W. Concealment of Psychopathology in Forensic Evaluations: A Pilot Study of Intentional and Uninsightful Dissimulators. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 2003: 444–450.
15. Verma RM. Dissimulation function in some functional psychoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1979; 60 (1): 29–38.

Wpłynęło: 12.12.2007. Zrecenzowano: 14.01.2008. Przyjęto: 25.03.2008.

Adres: Dr Maciej Domański, Oddział IV Psychiatryczny Ogólny Szpitala Neuropsychiatrycznego, ul. Abramowicka 2, 20-442 Lublin, tel. 0-81-7443061