



Wpływ członków rodziny na podjęcie decyzji o leczeniu osoby chorej na schizofrenię: opis przypadku

Family members' influence on the schizophrenic patient's decision to undertake psychiatric treatment: case report

KRZYSZTOF KRZYSTA, KRZYSZTOF KUCIA, ADAM KLASIK

Z Kliniki Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach

STRESZCZENIE

Cel. Przedstawiono przypadek ojca i córki, u których wystąpiły objawy psychotyczne.

Przypadek. U 31-letniej córki rozpoznano schizofrenię niezróżnicowaną. Dane z wywiadu wskazują, że objawy występowały od 9 lat przed hospitalizacją. Pacjentka nie leczyła się regularnie. Ojciec nigdy nie leczył się psychiatrycznie. Obecność objawów psychotycznych stwierdzono u niego podczas zbierania wywiadu rodzinnego.

Komentarz. U obojga pacjentów pojawiły się częściowo podobne treści urojeniowe, co miało wpływ na podjęcie przez osobę chorą na schizofrenię decyzji o leczeniu.

SUMMARY

Objective. A dual case is reported of a father and daughter, both with psychotic symptoms.

Case. The 31-year-old daughter was diagnosed with undifferentiated schizophrenia. Her personal history suggests that the onset of schizophrenic symptoms preceded her hospitalization by 9 years. She did not receive any regular treatment. Her father has never been treated psychiatrically. The presence of his psychiatric symptoms was found during the family history taking.

Commentary. Both patients shared some of the delusional content, which contributed to the schizophrenic daughter decision to consent to treatment.

Słowa kluczowe: schizofrenia / rodzina / opis przypadku

Key words: schizophrenia / family / case report

Na podjęcie przez pacjenta chorego na schizofrenię decyzji o rozpoczęciu i kontynuacji leczenia może mieć wpływ wiele czynników. Należą do nich, m.in., wgląd w chorobę, wiara, że leczenie może przynieść poprawę, obecność objawów ubocznych stosowanej farmakoterapii, dostępność lekarza, a także wsparcie rodzinne i społeczne [1]. Wielu autorów podkreśla rolę najbliższych krewnych chorego w zachęceniu go do podjęcia terapii, zwracając uwagę, że w wielu przypadkach szuka się pomocy psychiatry dopiero wtedy, gdy pojawiają nasilone objawy psychotyczne lub zagrożenie dla siebie lub innych [2]. Są przesłanki przemawiające za tym, że dobre wsparcie rodzinne może ułatwiać zaangażowanie w terapię podczas pierwszych miesięcy leczenia ambulatoryjnego. Podkreśla się też wagę innych czynników, takich jak zgoda lub brak zgody na pierwszą hospitalizację [3], a także wcześniejsze doświadczenie choroby psychicznej w rodzinie i ostry początek choroby [4]. Ważne znaczenie mają też obserwacje, że mało wspierająca i mało empatyczna postawa wobec pacjenta ze strony członków rodziny może negatywnie wpływać na jego relacje społeczne i funkcjonowanie zawodowe [5]. Wspomniane powyżej wcześniejsze doświadczenie choroby psychicznej w rodzinie przez pacjenta chorego na schizofrenię nie jest zjawiskiem rzadkim, ze względu na predyspozycje genetyczne, które mogą być przyczyną częstszego występowania tej choroby wśród krewnych. Już w wieku XIX pojawiły się pierwsze hipotezy doty-

czące genetycznego podłoża rozwoju schizofrenii. Kraepelin obserwował, że *dementia praecox* występuje często rodzinnie, szczególnie często wśród rodzeństwa, rzadziej wśród potomstwa osób chorych. Przytaczane przez niego dane na temat częstości występowania tej choroby wśród krewnych obejmowały dość szeroki zakres od 52 do 90% [6]. Według współczesnych poglądów schizofrenia jest chorobą, w której oddziałują predyspozycje genetyczne, które nie zawsze muszą się ujawniać [7]. Jak zauważa Tsuang (1998) liczby obrazujące częstość występowania schizofrenii wśród krewnych są obecnie nieco niższe niż dawniej, głównie ze względu na bardziej zaostrome kryteria rozpoznawania schizofrenii [8]. Według dostępnych obecnie w literaturze danych, genetyczne ryzyko wystąpienia schizofrenii wynosi wśród krewnych osób chorych od 3,5 do 6%, u bliźniąt jednojajowych – 33–60%, wśród bliźniąt dwujajowych różnej płci – 6–21%. Wśród bliźniąt dwujajowych różnej płci oraz niebliźniaczego rodzeństwa – 10–12% [9].

OPIS PRZYPADKÓW

Córka

Wywiad. Wiek 31 lat. Pacjentka pochodzi z rodziny pełnej, rodzice są na emeryturze. Starszy brat, który mieszka osobno, jest po rozwodzie. Ukończyła szkołę średnią, bez

poważniejszych trudności w nauce, następnie pracowała w bibliotece, później w urzędzie skarbowym. Studiowała zaocznie historię, ale studia przerwała. Obecna hospitalizacja psychiatryczna jest jej pierwszą w życiu. Od 9 lat przed hospitalizacją pacjentka nie radziła sobie z obowiązkami, wycofała się z pracy, nauki, w domu czas spędzała beczynnie, próby mobilizacji pacjentki często kończyły się agresją wobec członków rodziny. Pacjentka uważa, że choroba zaczęła się, gdy pracowała w bibliotece, kiedy wlano jej „coś” do kawy. Przez krótki czas była wtedy leczona risperidonem, ale przerwała leczenie z powodu dyskinez, które dotknęły mięśni gałkoruchowych. Zmiany w zachowaniu i funkcjonowaniu, które wystąpiły u pacjentki, były bagatelizowane przez jej rodziców i nie traktowali oni ich jako objawów choroby. Matka jej pytana o to, czym objawiała się choroba u jej córki odpowiadała, że „uciekało jej oko”, kiedy zaczęła brać leki. Ojciec był całkowicie bezkrytyczny wobec zaburzeń występujących u córki. Do jej hospitalizacji doszło dzięki interwencji starszego brata, który jest samodzielny i nie przebywa na co dzień z rodzicami i młodszą siostrą.

Przy przyjęciu do szpitala stwierdzono u pacjentki całkowity brak poczucia choroby, jako powód przyjęcia podawała ona dolegliwości ze strony kręgosłupa i ból zębów, twierdziła, że trafiła do szpitala przez osoby z urzędu miejskiego, które podjęły działania na jej niekorzyść. Była przekonana, że proboszcz z jej parafii prowadzi dom publiczny, opowiadała o ludziach, którzy skaczą z wieżowca, w którym mieszka, w celach samobójczych, a także o zwłokach, które rzekomo znalazła na swoim osiedlu. Tok myślenia był rozkojarzony, w wypowiedziach obserwowano cechy paralogii. Obecne były urojenia prześladowcze, odsłonięcie myśli. Urojenia były bardzo nieusystematyzowane, a ich treść często była trudna do odczytania, ze względu na bardzo nasilone rozkojarzenie i przeplatanie się w wypowiedziach różnych, całkowicie niepowiązanych ze sobą wątków.

Badania dodatkowe. Rezonans magnetyczny: mózg, mózdzek, pień mózgu i przestrzeń płynowa mózgowca – bez zmian. Badanie psychologiczne: MMPI – profil o charakterze dysymulacyjnym, nie nadający się do interpretacji. Funkcje poznawcze, ocenione przy pomocy Wiedeńskiego Systemu Testów [10] – w teście COGNITRON wyniki znacznie obniżone: 5 PR (1–18), 34 T (26–41), co świadczy o wyraźnym zaburzeniu procesu uwagi (PR – skala procentowa; T – skala tenowa; liczby w nawiasach – odchylenie standardowe). Podobnie niskie wyniki uzyskała w teście wzrokowo-przestrzennej pamięci krótkotrwałej (CORSI), zarówno w zakresie jej rozpiętości (UBS = 4), jak i zdolności uczenia się (SBS = 5). Natomiast czas reakcji (test RT) osiągnął wartości mieszczące się w normie 57 PR (33–79), 52 T (46–58). Takie wyniki świadczą o znacznym zaburzeniu procesów uwagi i pamięci krótkotrwałej pomimo adekwatnego dla grupy normalizacyjnej czasu reakcji.

Na podstawie obserwowanych objawów oraz wykonanych badań rozpoznano u pacjentki schizofrenię nieodróżnioną. Zastosowano leczenie: risperidon 6 mg/die, w trakcie dalszego leczenia zmniejszono dawkę do 4 mg/die.

Leczenie to przyniosło częściową poprawę. Nastąpiło zmniejszenie nasilenia objawów wytwórczych, a także zaburzeń myślenia. Dzięki temu kontakt z chorą poprawił się. Umożliwiło to lepszą współpracę z nią, pomimo utrzymujących się nadal zaburzeń krytycyzmu. Uzyskana

poprawa pozwoliła na uzgodnienie z pacjentką dalszego planu postępowania terapeutycznego i skierowanie jej na oddział dzienny.

Ojciec

Wywiad. Jest emerytowanym hutnikiem w wieku 68 lat. Informacje na jego temat zostały uzyskane w trakcie zbierania wywiadu rodzinnego. Nigdy nie leczył się psychiatrycznie, aktualnie nadal nie zgadza się na leczenie psychiatryczne, ale dobrze funkcjonuje społecznie.

Pierwsze objawy pojawiły się u niego kilkanaście lat temu – miał wizję w kaplicy, wokół postaci świętych pojawiało się światło, widział w tym znak dla siebie. Opowiadał o swoich wizjach duchownym, ale czuł się niezrozumiany. Kiedy relacjonował swoje doznania, starał się podkreślać, że są prawdziwe i wyrażał obawę, że może być uznany za chorego.

Podczas kazania w kościele czuł, że słowa księdza są skierowane osobiście do niego. Uważał, że w bezpośredniej rozmowie księdza nie chcą mu wyraźnie pokazać, że akceptują jego wypowiedzi, natomiast w kościele podczas kazań kierują jakieś ukryte przesłania wprost do niego. Miał okresy kiedy leżał w łóżku, czuł palenie całego ciała, nie mógł nic robić. Objawy te same ustąpiły. Czuł się wtedy cudownie uzdrowiony i był przekonany, że podobne uzdrowienia będą spotykać pozostałych członków jego rodziny. Kiedy jego żona miała podejrzenie nowotworu, nie chciał, żeby szła na operację, mówił jej: „zaufaj”.

Jest przekonany, że gdy córka pracowała w bibliotece, wlano jej „coś” do kawy i dlatego jest chora. Obserwuje się u niego brak krytycyzmu co do choroby córki, ponadto wypowiedziane przez niego treści stanowią dla niej potwierdzenie prawdziwości jej urojeń. Córka uważa, że to, co mówi, jest prawdą, ponieważ „powiedział to ojciec”. Z kolei żona, która w trakcie rozmowy zachowywała się biernie, sprawiając wrażenie zdominowanej przez swojego męża, gdy została zapytana, zadała pytanie, czy nie potrzebuje on pomocy psychiatry. Jednak jej „siła przebicia” okazała się za mała, żeby przekonać swego męża do leczenia. Niemożność przeprowadzenia pełnej diagnostyki uniemożliwiła postawienie w przypadku ojca jednoznacznej diagnozy, ale obserwowane objawy wskazywały na występowanie u niego utrwalonych zaburzeń urojeniowych.

KOMENTARZ

Jak wskazano we wstępie, doświadczenie choroby psychicznej w rodzinie często jest czynnikiem ułatwiającym osobie chorej na schizofrenię podjęcie decyzji o leczeniu [4]. Jednak w przypadku opisywanej pary obecność objawów psychotycznych u ojca było czynnikiem utrudniającym rozpoczęcie terapii głównie dlatego, że nie miał on poczucia choroby i sam się nie leczył. Choć trudno mówić w tym przypadku o obłądnie udzielonym, jednak u powyższej pary mogły zadziałać nieco podobne mechanizmy, jak te, które występują w *folie a deux*. Obłąd udzielony charakteryzuje się przekazywaniem treści urojeniowych pomiędzy osobami pozostającymi w bliskich relacjach pomiędzy sobą, najczęściej pomiędzy bliskimi krewnymi [11]. Czasami trudno jest wyraźnie stwierdzić, który z pacjentów jest

osobą indukującą, a który indukowaną [12]. W większości przypadków obserwuje się społeczną izolację par pacjentów [13]. Etiologia *folie a deux* u pacjentów ze schizofrenią pozostała niejasna, głównie dlatego, że udział ewentualnych czynników psychogennych lub reaktywnych pozostawał w sprzeczności z klasyczną koncepcją endogennej psychozy [14]. W literaturze pojawia się wiele doniesień, w których autorzy przedstawiają przypadki osób blisko spokrewnionych, u których występują zaburzenia psychotyczne. Reif i Pfuhlmann (2004) przedstawiają opis dwóch par pacjentów – bliźniąt jednojajowych oraz matki i córki. W opisywanych parach pojawiały się identyczne zespoły psychopatologiczne, jednak autorzy wskazywali na trudności w jednoznacznym określeniu czy jest to skutek indukcji objawów, czy wspólnego podłoża genetycznego ich wystąpienia [15]. Maharaj i Hutchinson (1992) opisując parę pacjentów – matkę i syna, u których wystąpiły podobne objawy psychotyczne, podkreślają, że w podobnych przypadkach konieczna jest zawsze dokładna analiza czynników środowiskowych występujących w rodzinie pacjentów, jednak zwracają też uwagę na rolę, jaką w pojawieniu się opisywanych przez nich objawów mogą mieć czynniki genetyczne [16]. Problem wpływu czynników zarówno genetycznych, jak i społeczno-środowiskowych w wystąpieniu zaburzeń psychotycznych u osób blisko spokrewnionych poruszają też Shiwach i Sobin (1998) opisując parę bliźniąt jednojajowych [17]. U opisywanej przez nas pary pacjentów stwierdzono obecność zaburzeń psychotycznych obecnych u ojca i córki. Obserwowano brak krytycyzmu ojca w stosunku do choroby córki, obecne były wspólne treści urojeniowe. Jak wspomniano powyżej, trudno jest mówić w przypadku tej pary o obłądnie udzielonym, jednak wyraźny jest wpływ dominującego ojca, u którego występują zaburzenia psychotyczne, na funkcjonowanie rodziny, a szczególnie na podjęcie przez córkę decyzji o leczeniu. Ponieważ zdrowa matka pacjentki ulegała również dominacji męża, przejawiała niepewność co do potrzeby leczenia córki i męża, a inicjatywę w sprawie wysłania pacjentki do lekarza podjął mieszkający osobno brat. W naszej pracy pragniemy zwrócić uwagę na fakt, że wystąpienie podobnych treści urojeniowych u obu spokrewnionych osób, niezależnie od ich etiologii, sprawiło, że psychoza u przyjętej przez nas do szpitala pacjentki była przez wiele lat nieleczone, co spowodowało u niej wyraźne zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym. Szansa na skuteczną terapię pojawiła się dopiero po interwencji jej starszego brata.

PIŚMIENNICTWO

1. Perkins DO. Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 1121–8.
2. Compton MT, Kaslow NJ, Walker EF. Observations on parent/family factors that may influence the duration of untreated psychosis among African American first-episode schizophrenia-spectrum patients. *Schizophr Res* 2004; 68: 373–85.
3. Compton MT. Barriers to initial outpatient treatment engagement following first hospitalization for a first episode of non-affective psychosis: a descriptive case series. *J Psychiatr Pract* 2005; 11: 62–9.
4. Chen EY, Dunn EL, Miao MY, Yeung WS, Wong CK, Chan WF, Chen RY, Chung KF, Tang WN. The impact of family experience on the duration of untreated psychosis (DUP) in Hong Kong. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40: 350–6.
5. Giron M, Gomez-Beneyto M. Relationship between family attitudes and social functioning in schizophrenia: a nine-month follow-up prospective study in Spain. *J Nerv Ment Dis* 2004; 192: 414–20.
6. Kraepelin E. *Dementia paecox and paraphrenia together with manic-depressive insanity and paranoia*. Birmingham: The classics of medicine library; 1989.
7. Kendler KS, Diehl SR. The genetics of schizophrenia: a current, genetic-epidemiologic perspective. *Schizophr Bull* 1993; 19 (2): 261–85.
8. Tsuang MT. Genetic epidemiology of schizophrenia: review and reassessment. *Kaohsiung J Med Sci* 1998; 14 (7): 405–12.
9. Wciórka J. Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i schizoafektywne. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria*. Tom 2. Wrocław: Urban&Partner; 2002: 539–57.
10. Wiener Test System. Katowice: Dr Schufried GmbH – Alta; 1993
11. Lozzi B, Michetti F, Alliani D, Preziosa P, Loredio C, Vella G. Relationship patterns in “folie a deux”. *Ann Ist Super Sanita* 1992; 28 (2): 295–8.
12. Mentjox R, van Houten CA, Kooiman CG. Induced psychotic disorder: clinical aspects, theoretical considerations, and some guidelines for treatment. *Compr Psychiatry* 1993; 34 (2): 120–6.
13. Silveira JM, Seeman MV. Shared psychotic disorder: a critical review of the literature. *Can J Psychiatry* 1995; 40 (7): 389–95.
14. Shimizu M. Folie a deux in schizophrenia – “psychogenesis” revisited. *Seishin Shinkeigaku Zasshi* 2004; 1069 (5): 546–63.
15. Reif A, Pfuhlmann B. Folie a deux versus genetically driven delusional disorder: case reports and nosological considerations. *Compr Psychiatry* 2004; 45 (2): 155–60.
16. Maharaj K, Hutchinson G. Shared-induced paranoid disorder folie a deux between mother and son. *West Indian Med J* 1992; 41 (4): 162–3.
17. Shiwach RS, Sobin PB. Monozygotic twins, folie a deux and heritability: a case report and critical review. *Med Hypotheses* 1998; 50 (5): 369–74.

Adres: Dr Krzysztof Krysta, Klinika Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiej Akademii Medycznej, ul. Ziołowa 45/47, 40-635 Katowice