



## Trudności w określeniu rozpoznania u trzech młodych pacjentek z objawami zwiastunowymi schizofrenii

*Diagnostic difficulties in three young female patients with prodromal schizophrenic symptoms*

PIOTR W. GORCZYCA, ROBERT PUDLO, ROBERT T. HESE

Z Katedry i Oddziału Klinicznego Psychiatrii Wydziału Lekarskiego w Zabrze Śląskiej Akademii Medycznej

### STRESZCZENIE

**Cel.** Przedstawiono trudności diagnostyczne w przypadku pacjentów z objawami charakterystycznymi dla schizofrenii.

**Przypadek.** Opisano trzy młode pacjentki z objawami schizofrenicznymi, u których w różnym czasie uzyskano niemal całkowitą remisję.

**Komentarz.** U osób z objawami schizofrenii ustalenie definitywnego rozpoznania może być trudne.

### SUMMARY

**Objective.** Diagnostic difficulties in the case of patients with symptoms typical of schizophrenia are presented.

**Case.** In three young female patients with schizophrenic symptoms described in the paper an almost complete remission was attained after various periods of time.

**Commentary.** In persons with schizophrenic symptoms it may be difficult to establish a definite diagnosis.

---

**Słowa kluczowe:** schizofrenia / rokowanie  
**Key words:** schizophrenia / prognosis

---

Wraz z pojawianiem się nowych doniesień naukowych dotyczących schizofrenii nie maleje dyskusja na temat pozycji nozologicznej tej choroby. Po wycofaniu schizofrenii prostej z klasyfikacji DSM-IV [1] oraz przy coraz rzadszym rozpoznawaniu hebefrenii, czy nawet katatonii, pytanie o dotychczasową wartość pojęcia schizofrenii staje się coraz bardziej aktualne. Według Wciórki, gdyby zamiast pojęcia „schizofrenia” używać innego terminu, to równocześnie mogłoby się zmienić myślenie o tej chorobie [2]. Badania z zakresu dezintegracji języka w schizofrenii dowiodły, iż przy różnicowaniu tej choroby z innymi psychozami zaburzenia te okazały się cenniejsze niż objawy osiowe [3]. Obecne klasyfikacje zaburzeń psychicznych (DSM-IV, ICD-10) nie rozwiązują do końca problemów przy próbie umieszczenia grupy objawów psychopatologicznych z kręgu schizofrenii w odpowiednich kategoriach diagnostycznych. Z takimi problemami spotkaliśmy się przy diagnozowaniu zaburzeń u opisanych poniżej osób.

### OPIS PRZYPADKÓW

#### Pacjentka J

Uczennica klasy maturalnej, lat 19. Zmiana stanu psychicznego wystąpiła ok. 5 miesięcy temu. Pacjentka była smutna, stała się apatyczna straciła apetyt, wystą-

piła bezsenność. Przyjmowała leki przeciwdepresyjne: fluoksetynę, tianeptynę oraz krótko tioridazyne, którą źle tolerowała. Pacjentka mówiła: „nie ma głowy, czuję głowę nad sobą, dostrzegam w lustrze swoją głowę, ale jej nie czuję”. Stwierdzała brak myśli, co wiązała z odczuwaniem tylko kawałka głowy. Aktywność złożona pacjentki uległa obniżeniu, miała problemy z nauką, mimo że była bardzo dobrą uczennicą. Z wywiadu: w wieku 15 lat odczuwała stan niepokoju, była „załamana”. Stosowała leki ziołowe. Później wystąpiła poprawa samopoczucia i pacjentka nie zgłosiła się do psychiatry. W rozmowie z pacjentką obserwowano dobry kontakt emocjonalny, bez stopienia afektywnego, wypowiedzi jej jednak były zabarwione niepokojem. Wstępnie rozpoznano zespół paranoidalny. Rozpoczęto leczenie perazyzną. Uzyskiwano stopniową poprawę, ustępował niepokój, uległa poprawie aktywność złożona i koncentracja uwagi. W znacznym stopniu zmniejszyło się zaabsorbowanie odczuwaniem głowy. Kategoryzowano urojenia jako zbliżone do hipochondrycznych – „dysfunkcyjna głowa”. Różnicowano z dysmorfofobią neurojeniową [4]. Za psychotyczną dysmorfofobią przemawiały dziwność doznań oraz ich związek z urojeniowym odczuwaniem „braku myśli”. Następnie kategoryzowano omamy cenestetyczne w obrębie głowy, także odczuwanie głowy nad sobą. W wyniku stosowania perazyzny w dawce 300 mg/die pacjentka odczuwała senność, znużenie.

Podjęto decyzję o zmianie leczenia z na olanzapinę. Zmiana ta przyniosła pogorszenie w związku z nasileniem się objawów chorobowych, głównie zogniskowanych na głowie. Powrócono więc do stosowania perazyliny. W rozmowie telefonicznej z matką pacjentki uzyskano informację, iż czuje się dobrze. Jest nieco nerwowa, co należy wiązać z przygotowaniem do matury. Po zapytaniu matki, czy córka jej wraca jeszcze do różnych odczuć dotyczących jej twarzy, matka odpowiedziała, iż czasem (dość rzadko) trzyma się za podbródek mówiąc, że jest taki obcy.

### **Pacjentka B**

Uczennica, lat 18. Od ok. 2 miesięcy zmiana stanu psychicznego. Była płacziwa, mówiła, że czuje się jak dziecko. Wystąpił spadek aktywności złożonej, przestała chodzić do szkoły, odczuwała zmęczenie – mówiła, że musi odpocząć. Bała się muzyki techno, którą dostrzegła w programie „Milionerzy”. Nie pozwalała rodzinie na słuchanie tej muzyki. Nie potrafiła się uczyć, twierdziła, że nic jej nie wchodzi do głowy. Przestała także wychodzić z domu. Wypowiedzi pacjentki były ambiwalentne: „nie mogę powiedzieć, dlaczego nie wychodzę z domu, gdyż nie wie o tym nawet matka”, „nie wychodzę z domu, gdyż wszyscy wiedzą, że byłam u psychologa”. Pacjentka była ambiwalentna – w jednej sytuacji śmiała się i zaraz potem płakała. Z jednej strony przyzwalała lekarzowi na rozmowę, a zaraz potem pytała, czego się od niej chce, płacząc przy tym. Rozpoznano wstępnie podejrzenie zespołu hebefrenicznego (typ zdeorganizowany wg DSM-IV). Rozpoczęto leczenie risperidonem w dawce 4 mg i uzyskano poprawę kontaktu emocjonalnego, urzeczowienie kontaktu werbalnego oraz poprawę aktywności złożonej. Z wywiadu: nieżyjący ojciec chorował na schizofrenię. Pacjentka ma dwóch braci. Matka pracuje. W trakcie dalszego leczenia ambulatoryjnego uzyskiwano dalszą stopniową poprawę. Ustępował niepokój oraz poprawie ulegał kontakt emocjonalny. Po wypisie z oddziału pacjentka podjęła praktykę zawodową. Okresowo odnotowywano przemijający niepokój i mniejszą aktywność. Nie obserwowano objawów z grupy ambiwalencji. Po ukończeniu szkoły pacjentka nie znalazła pracy. Obecnie pomaga w domu, w miarę możliwości spotyka się z koleżankami, które dość często są zajęte. Ostatnio chciała się zapisać na kurs komputerowy, uczęszcza do studium policealnego. Przy próbie zmniejszenia dawki risperidonu odczuwała niepokój, trudności w codziennej aktywności oraz słabszą koncentrację uwagi.

### **Pacjentka A**

Ma lat 22. Choroba i problemy rozpoczęły się dwa lata temu. Pacjentka była na początku drogi zakonnej. Podaje, że miała w nowicjacie przyjaciółkę – bratnią duszę. W tym też mniej więcej czasie zagubiła obrazek z wizerunkiem świętego, co zaczęła wiązać z utratą

łaski i zagnieżdżeniem się złego. Powstały u pacjentki przekonania, iż posiadając przyjaciółkę sprzeniewierza się wyznaczonej sobie drodze i traci łaskę. To zło zaczęła odczuwać w klatce piersiowej jako jakąś przestrzeń, twór. Nie spała w nocy, spacerowała po klasztorze. Miała rozmowę z psychologiem, po czym poproszono rodziców o zabranie córki z sugestią udania się do psychiatry.

Pacjentka była hospitalizowana psychiatrycznie – przyjmowała risperidon. Ponieważ nie osiągnięto wyraźnej poprawy skierowano ją do naszego oddziału. Tu przyjmowała kolejno olanzapinę (20 mg/die), kwetiapinę (800 mg/die), amisulpiryd (400 mg/die) – który przedawkowała w dzień po swych 22 urodzinach, perfenazynę (64 mg/die), citalopram (20 mg/die). Przez ten długi (ponad półroczny, z krótką przerwą na wypis) rozpoznawano zespół paranoidalny z wtórnym obniżeniem nastroju. Interpretacja czegoś nieokreślonego w klatce piersiowej nie odpowiadała zespołowi Kandinskiego. Ocena tego „czegoś” przez pacjentkę była za mało dynamiczna, pełniła raczej rolę jakiegoś symbolu. Tok myślenia był zwarty. Afekt i mimika czy pantomimika wydawały się dostosowane. Matka pacjentki powiedziała, że jej mąż (ojciec pacjentki) od kilku lat leczy się na depresję. Matka pacjentki wydawała się ciepła emocjonalnie, ojciec często towarzyszył żonie w odwiedzinach i rozmowach z córką. Pacjentka rozmawiała o swoich problemach także z księdzem.

Po opuszczeniu życia zakonnego A. nie widziała dla siebie przyszłości, przyjmowała postawę wycofującą się, pesymistycznie była nastawiona do życia. Wobec nieskuteczności leczenia oraz wystąpienia poważnych zamiarów samobójczych – próbowała nieskutecznie udać się na dach wieżowca i skoczyć – rozpoczęto sejsmoterapię. Po 9 zabiegach EW czuła się spokojniejsza. W oddziale obserwowano nawet zainteresowanie się innym pacjentem. Po wypisie przez jakiś czas odbierała telefony od tej osoby. Była w oddziale dosyć aktywna, zastanawialiśmy się nawet czy nie nadmierne. Mówiła wtedy o chęci zamieszkania z koleżanką w wynajętym mieszkaniu. W tym też czasie A. podjęła przygotowania do studiów na uniwersytecie (zaoczne z licencjatem). Egzamin zdała z wynikiem dobrym. Mimo tej aktywności nadal podkreślała, że zło siedzi w niej i ona to odczuwa. Po EW otrzymywała trifluoroperazynę. Po jej wypisie hospitalizowany był jej ojciec z rozpoznaniem depresji, remisję osiągnięto po leczeniu wenlafaksyną. Po około miesiącu od wypisu A. ponownie zaczęła boleśnie odczuwać obecność w niej zła, miała myśli samobójcze, ale bez wyraźnych zamiarów (zawiązano tzw. kontrakt antysamobójczy). W końcu ponownie przyjęto ją do oddziału. Z uwagi na spadek ciśnienia krwi zaniechano podawanie klozapiny. Włączono flupentiksol 6 mg/die. Nie uzyskiwano poprawy. W trakcie dalszych rozmów pacjentka opowiedziała, jak zrodziło się w niej powołanie. W czasie wycieczki oazowej ksiądz-przewodnik powiedział, że chciałby, by każdy wyjechał z obecnością Boga w sobie. Wtedy

pacjentka modląc się, dostrzegła tą obecność najpierw u swojej koleżanki, a potem odczuła Boga także w sobie. Było to dla niej wielkie szczęście, radość, którą odczuwała cieleśnie na twarzy, piersiach, ramionach. W tym też czasie chciała się bardzo dużo modlić, by ten stan postępował. Czując pewną niedoskonałość w sobie, zareagowała niepokojem i przygnębieniem. Prawdopodobnie był to epizod depresyjny – przez ok. 2 tygodnie prawie nic nie robiła, nie potrafiła się uczyć (liceum), „skubała” włosy. W dalszej części rozmowy powiedziała, że tak jak wtedy odczuwała Boga, tak teraz odczuwa zło. Jeszcze w czasie pobytu w zakonie, w czasie modlitwy to zło patrzyło jej oczami. W dalszych wypowiedziach w czasie pobytu w oddziale twierdziła, że przekreśliła swoje szanse zbawienia na wieki. Dała tutaj pokaz niemałej erudycji, bynajmniej nie rezonerskiej, zwłaszcza pism Św. Jana od Krzyża, ale jak wyraził się jeden z księży, sposób interpretacji był spolaryzowany (albo... albo). Do terapii flpentiksolem dołączono amitryptylinę (175 mg/die), którą przyjmowała przez okres 2 miesięcy. Pacjentka twierdziła, że jedyną poprawą jest to, że wcześniej odczuwała wszystko jako „ciemne” (koloryt melancholiczny?), a obecnie jako „ciężkie”. Nadal w czasie rozmowy wypowiadała treści jak wyżej, była jednak spokojniejsza, mniej napięta. Została następnie wypisana z oddziału i udała się na inaugurację roku akademickiego. Następnie pacjentka była hospitalizowana w klinice w innym regionie Polski, gdzie rozpoznano zespół paranoidalny i wypisano ją z zaleceniem przyjmowania perazyny. Tamże doszło także do odwiedzin klasztoru, w którym kiedyś przebywała. Po powrocie kontynuowała wizyty ambulatoryjne. Obecnie przyjmuje 50 mg perazyny na dzień – taką dawkę ustaliła sobie sama. Stwierdza poprawę, występuje znacznie mniejsze niż wcześniej zaabsorbowanie nieprawidłowymi myślami. Wydaje się pogodna, spotyka się ze znajomymi.

## KOMENTARZ

*Pacjentka J.* Jej funkcjonowanie wyraźnie uległo poprawie. Gdyby, nie zgłaszane jeszcze dość specyficzne (dziwne) czucie twarzy rozpoznawalibyśmy ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne. Trudno także zakwalifikować te objawy do zaburzeń urojeniowych (F22), ponieważ pacjentka obecnie nie wykazuje trwałego zaabsorbowania przeżyciami dotyczącymi odczuwania twarzy oraz urojeniowo nie rozwija przekonania o braku twarzy, czy odczuwaniu jej nad sobą. Zakwalifikowanie tych objawów do dysmorfofobii neurojenowej w kategorii zaburzeń hipochondrycznych także nakazuje ostrożność, z uwagi na ich dziwność. Można by się było zastanawiać, czy powyższe objawy nie stanowią zwiastunowej fazy psychotycznej procesu schizofrenicznego [5], na co jednak brak odpowiedniej kategorii diagnostycznej. Rozpoznawanie w tym przypadku zaburzeń schizotypowych miałyby wyraźnie charakter

tymczasowy, przy czym w komentarzu do tych zaburzeń w ICD-10 czytamy, iż zaburzenia te trudno wyraźnie odgraniczyć od prostej schizofrenii oraz od schizoidalnych i paranoicznych zaburzeń osobowości. Ponadto czas trwania tych zaburzeń w formie ciągłej bądź epizodycznej winien trwać przynajmniej dwa lata. W przypadku opisywanej pacjentki można by było początek objawów łączyć ze stanami niejasnego przygnębienia, jakie miało miejsce w jej piętnastym roku życia. W końcu, aktualny stan pacjentki można rozpatrywać, jako postać paranoidalną schizofrenii z uzyskaną dużą poprawą. Tak brzmiało nasze rozpoznanie.

*Pacjentka B.* Początek choroby występował pod postacią lęku, niedostosowanego zachowania i niedostosowanych emocji. Zwracały uwagę objawy z grupy ambiwalencji. Wyodrębniono nastawienia ksobne – nie utrzymywała ich w kierunku urojeń. Nie wyodrębniono z obrazu choroby omamów, omamów rzekomych czy urojeń – zwłaszcza wpływu. Można rozpatrywać wystąpienia procesu chorobowego pod postacią niewielkiego zmniejszenia aktywności społecznej pacjentki. Wobec powyższego można by stwierdzić, iż zespół hebefreniczny (zdezorganizowany) nie posiadał w tym przypadku złego rokowania. Złe rokowanie w hebefrenii jest wymienione w ICD-10 jako jedno ze wskazówek diagnostycznych. Z tego powodu wydaje się celowe przedstawienie przypadku, jako nie spełniającego wskazówek diagnostycznych zawartych w ICD-10 [6]. Notuje się prawie całkowitą dwuletnią remisję, nie powiodło się jednak zmniejszanie dawki risperidonu.

*Pacjentka A.* Długi i ciągły czas trwania zaburzeń u pacjentki wyklucza rozpoznanie przemijających zaburzeń psychotycznych. Stan obecny pacjentki oceniany jest jako dobry, co wyraża się dobrym funkcjonowaniem pacjentki. Potrafi się uśmiechać oraz być aktywną stroną w rozmowie, kontynuuje naukę. Wobec doznań chorobowych zachowuje duży dystans, potrafi się modlić bez negatywnych emocji i uczęszczać do kościoła. W porównaniu z poprzednio opisywanymi pacjentkami A. charakteryzuje się żywszą emocjonalnością i wyraźniejszą syntonią, może ze względu na dłuższy okres trwania intensywnego leczenia przeciwpsychotycznego.

W powyższym przypadku można by było rozważać rozpoznanie zaburzeń schizotypowych wraz z zaburzeniami nastroju, ale taki konglomerat jest bliższy raczej schizofrenii czy zaburzeniom schizoafektywnym i za tym kierunkiem rozpoznawania autorzy optują. W przypadku opisywanej pacjentki należałoby także wziąć pod uwagę rozpoznanie depresji psychotycznej. Z uwagi jednak na przewlekłość doznań urojeniowych, przy braku wyraźniejszej dynamiki depresyjnej oraz brak cech głębokiej depresji, autorzy nie przychyliłi się do rozpoznania tej postaci zaburzeń afektywnych.

Zapewne zbliżamy się do następnych wersji klasyfikacji zaburzeń psychicznych, wobec czego można będzie w przyszłości sprawdzić, czy wątpliwości i trudności diagnostyczne autorów pracy dotyczące trzech opisywanych przypadków znajdą w nich odniesienia.

## **PIŚMIENNICTWO**

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. DSM-IV. Washington: APA; 1995.
2. Wciórka J. Dyskusja. Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Kazuistyka w Psychiatrii”, Szczyrk, 6–8 listopada 2003.
3. Ceccherini-Nelli A, Crow TJ. Badanie dezintegracji składowych języka jako droga prowadząca do rewizji koncepcji schizofrenii według Bleulera i Schneidera. Porównanie zaburzeń językowych objawami pierwszego rzędu w ostrej psychozie. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 233–40. W: Streszczenia artykułów. *Psychiatr Pol* 2003; 37 (5): 908–9.
4. Rabe-Jabłońska J. Dysmorfofobia. Obraz kliniczny, kryteria rozpoznawania, rozpowszechnienie, przebieg i leczenie. *Psychiatr Pol* 1998; 32 (2): 133–42.
5. Bogacki P, Rybakowski J. Okres zwiastunowy pierwszego epizodu schizofrenii. *Psychiatr Pol* 1998; 32 (3): 239–50.
6. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Kraków, Warszawa: Uniw Wyd Med „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1997.

*Adres: Dr Piotr Gorczyca, ul. Grottgera 20/6, 44-100 Gliwice, e-mail: gorasp@juni.gliwice.pl*