



Zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne) u młodego mężczyzny z cechami osobowości histrionicznej: opis przypadku

*Dissociative (conversion) disorder
in a young man with histrionic personality features: case report*

KRZYSZTOF KUBIAK

Z Poradni Zdrowia Psychicznego Centralnego Szpitala Klinicznego
Wojskowej Akademii Medycznej w Warszawie

STRESZCZENIE. Przedstawiono przypadek młodego mężczyzny z zaburzeniami dysocjacyjnymi, u którego stwierdzono również cechy osobowości histrionicznej. Bezpośrednią przyczyną jego hospitalizacji były powtarzające się od 2 lat incydenty utraty przytomności z drżeniem ciała, które mimo braku potwierdzonych zmian w o.u.n. uważano za napady padaczkowe. Podkreślono trudności różnicowania oraz potrzebę doświadczenia i współpracy lekarzy różnych specjalności. Podstawową metodą terapeutyczną pozostaje psychoterapia, z uwzględnieniem niewielkich dawek leków przeciwdepresyjnych lub neuroleptyków.

SUMMARY. A case of a young man with dissociative disorder and features of histrionic personality is presented. The immediate reason for his hospitalisation were episodes of loss of consciousness with tremor of the body, recurring during the past two years. These episodes had been diagnosed as epileptic fits, despite the lack of confirmed c.n.s. abnormalities. Difficulties in the differential diagnosis in such cases, as well as the need for experience and co-operation between medical professionals representing various specialties are emphasised. Psychotherapy is regarded here as a crucial method of treatment, supported by low doses of antidepressants or neuroleptics.

Słowa kluczowe: zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne) / osobowość histrioniczna / opis przypadku
Key words: dissociative (conversion) disorder / histrionic personality disorder / case report

Objawy histeryczne (dysocjacyjne i konwersyjne), cechujące się nieraz dramatycznym i „niezwykłym” obrazem psychopatologicznym, mogą sprawiać pewne trudności we wstępnej fazie procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Zgodnie z ICD-10 większość objawów histerycznych zaklasyfikowano do „zaburzeń dysocjacyjnych (konwersyjnych)” w grupie zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną.

Wspólny mechanizm zaburzeń dysocjacyjnych polega przede wszystkim na wyparciu ze świadomości zespołu powiązanych ze sobą elementów przeżywania (takich np. jak: myśli, obrazy, wrażenia, uczucia i potrzeby) oraz na utracie zdolności kierowania nimi.

Obraz kliniczny jest bardzo różnorodny, zmienny, bogaty w liczne objawy „imitujące” różne choroby somatyczne i neurologiczne przy braku zmian organicznych odpowiadających tym objawom.

Przedmiotem niniejszej pracy nie jest analiza mechanizmów psychopatologicznych zaburzeń dysocjacyjnych, a jedynie opis przypadku wystąpienia ich u młodego mężczyzny.

OPIS PRZYPADKU

Marcin, lat 19, przyjęty został do Kliniki we wrześniu 1998 r. z rozpoznaniem wstępnym: zaburzenia konwersyjne. Dwa tygodnie wcześniej został wypisany z Oddziału

Neurologicznego szpitala psychiatrycznego, gdzie przebywał przez 3 tygodnie z powodu powtarzających się incydentów zaburzeń świadomości z drżeniem ciała w wywiadzie.

Marcin jest jedynakiem (poród o czasie, siłami natury). W trzecim roku życia operowany z powodu obustronnej przepukliny pachwinowej. Pochodzi z rodziny rozbitej, kiedy miał 6 lat rodzice rozwiedli się. Ojciec nadużywał alkoholu, w domu dochodziło do częstych kłótni i awantur, ojciec przy tym często niszczył sprzęt domowy. Po rozwodzie rodziców zamieszkał z matką (bez decyzji na mieszkanie) w zajętej przez nich kawalerce. Warunki materialne – poniżej przeciętnych. Matka od ok. 20 lat leczona z powodu schizofrenii. Kiedy chodził do piątej klasy szkoły podstawowej, matka ponownie wyszła za mąż. Po dwóch latach powtórnie się rozwiodła. Był dzieckiem nerwowym, impulsywnym. Do przedszkola nie chodził. Od wczesnego dzieciństwa do ok. 9 roku życia występowało moczenie nocne. Chodził do psychiatry dziecięcego, przyjmował leki – nie pamięta jakie. W szkole adaptował się z trudem. Płakał, mówił, że koledzy mu dokuczają, przezywiają go. Uważał się za tzw. kozła ofiarnego. Stronił od otoczenia, nie miał w szkole bliskich kolegów, miał jednego kolegę z „podwórka”, gdzie mieszkał. W szkole podstawowej przechodził z klasy do klasy, uczył się miernie. Od czwartej klasy wagarował, podkradał matce pieniądze i wyjeżdżał z Łodzi do Warszawy na jednodniowe „wycieczki”. W tym samym czasie zaczął jeździć na weekendy do ojca. Nie miał i nie ma szczególnych zainteresowań, lubi słuchać muzyki pop oraz tańczyć, gdy jest sam w swoim pokoju. Do klubów i dyskotek nie chodził, twierdzi, że jest tam pijaństwo, narkotyki i bójki. Pod koniec szkoły podstawowej znalazł sobie zajęcie. Zaczął czytać Biblię, stał się kandydatem na świadka Jehowy. W pierwszej klasie zasadniczej szkoły zawodowej przerwał naukę, gdy matka kolejny raz została przyjęta do szpitala psychiatrycznego. Zalał się, przestał chodzić do szkoły, w domu odbywały się imprezy towarzyskie, na które

zapraszał kolegów z podwórka, zaczął pić alkohol i palić papierosy. W tym też okresie wykluczono go ze wspólnoty świadków Jehowy, gdyż przestał uczęszczać na ich spotkania oraz prowadził życie niezgodne z zasadami wspólnoty. Mówił, że teraz bardzo tego żałuje. Po powrocie matki ze szpitala, tj. po trzech miesiącach, wrócił do szkoły zawodowej. Nie mógł nadrobić zaległości i w maju 1995 r. definitywnie przerwał naukę. W tym samym roku poznał dziewczynę, z którą spotykał się dwa miesiące. Rzuciła go, gdyż jak mówił był w tym związku bardzo nieśmiały i nic by z tego nie wyszło. Twierdził, że ją kochał, gdy z nim zerwała chciał się nawet otruć zażywając 4 tabletki diazepamu. Stał się bardzo drażliwy. W tym okresie wystąpiły u niego pierwsze napady drgawkowe oraz jąkanie. Od 1996 r. podjął bez rejestracji pracę na bazarze, gdzie sprzedawał czyste bloczki z rachunkami i fakturami. Na początku 1998 r. zrezygnował z pracy i postanowił poszukać lepszego zajęcia. Zatrudnił się w restauracji Mc Donald's. Zmienił swój wygląd: zaczął się ekscentrycznie ubierać, ufarbował włosy, zmienił fryzurę. Po miesiącu w nowej pracy przyjechał do niego właściciel stoiska na bazarze, u którego Marcin ostatnio pracował. Wciągnął go do samochodu i pod groźbą zabicia kazał mu podpisać dokument, w którym Marcin oświadczył, iż pożyczył od niego 700 zł. Tym faktem Marcin wówczas za bardzo nie przejął się, gdyż u tego mężczyzny już nie pracował. Po tym zdarzeniu wystąpił u niego napad drgawkowy. Matka wezwała pogotowie. Dwa tygodnie później zgłosił się do neurologa, który zlecił mu przyjmowanie karbamazepiny. W tym czasie otrzymał również wezwanie na komisję poborową, na którą stawił przedkładając zaświadczenie od lekarza z pogotowia o napadach padaczkowych. Służbę wojskową odroczone mu na okres 6 miesięcy. W lipcu były pracodawca pojawił się u Marcina po raz drugi. Zażądał od niego wymienionej kwoty wraz z odsetkami, grożąc, że w przeciwnym razie wniesie sprawę do sądu. Marcin przejął się tą rozmową, zwłaszcza, że został nawet

przez niego uderzony. Nie wiedział, co ma robić dalej i zdał sobie sprawę, że podpisał „głupi” dokument. Wydarzenie to zbiegło się też w czasie z innym przykrym dla niego incydentem. Został pobity w pracy, gdyż koledzy posądzili go, że donosi kierownikowi restauracji, co miało być powodem zwolnienia kilku pracowników. Następnego dnia po rozmowie z kierownikiem i zwolnieniu kolegi, który go pobił, wystąpił u niego incydent zaburzenia świadomości z drżeniem ciała, szczególnie kończyn. Został przyjęty do oddziału neurologicznego. Tam zaobserwowano jeden napad o charakterze czynnościowym. Po trzytygodniowej hospitalizacji rozpoznano u niego napady padaczkopodobne i zespół neurotyczny.

Będąc w szpitalu poznał kobietę starszą od siebie o 12 lat, która leżała w tym samym oddziale. Zaprzyjaźnili się. Marcin wypowiada się o niej jako o narzeczonej, z którą chce związać dalsze życie. Życia seksualnego jeszcze w ogóle nie podjął.

Dwa dni przed obecną hospitalizacją, podczas obiadu, utracił przytomność. Matka wezwała pogotowie ratunkowe, lekarz zlecił konsultację neurologiczną i psychiatryczną. Jak się okazało, podczas ostatniego spotkania z dziewczyną powiedział jej, że jest chory na AIDS – co nie było prawdą. Dziewczyna uwierzyła w to i zdecydowała zerwać z nim znajomość. Według matki, następnego dnia nie pamiętał tego spotkania i rozmowy. Ostatnio tego typu zaburzenia pamięci wystąpiły u niego dwa razy. Również w ostatnim okresie nasiliła się częstość wystąpienia napadów zaburzeń świadomości połączonych z drżeniem ciała. Zgłosił się do szpitala psychiatrycznego z przekonaniem, że tutaj mu na pewno pomogą.

Przy przyjęciu do szpitala w badaniu stanu somatycznego wydolny krążeniowo i oddechowo. Odchylił od stanu prawidłowego nie stwierdzono.

W badaniu stanu psychicznego: prawidłowo zorientowany auto- i allopsychicznie, w nastroju i napędzie wyrównanym, skarży się na lęk, objawów psychotycznych nie ujawnia;

intelekt w badaniu orientacyjnym w normie; zachowania demonstracyjne; odczuwa obawy, że dziewczyna z nim zerwie; skarży się na senność, zaburzenia równowagi, czuje się bardzo osłabiony.

Zaprzecza przyjmowaniu środków odurzających. Ostatnio przyjmował siarkowodór (50 mg) i piracetam.

W badaniu neurologicznym: bez objawów oponowych i wyraźnych ogniskowych.

EEG: w trzykrotnym badaniu, w tym po bezsennej nocy – zapis w granicach normy.

1. Rytm alfa o wyostrzonym rysunku, obfity, nieregularny 9–11 Hz, ampl. do 60 mV. Fale alfa z tendencją do przekształcania się w ostre. Rz. – zaznaczona obustr. Podczas Hv występują rozsiane pojedyncze fale ostre. Wniosek: zapis o nieregularnej czynności podstawowej z dyskretną skłonnością do wyładowań napadowych.
2. (po bezsennej nocy) Rytm alfa 8–9 Hz obfity, symetryczny, regularny, ampl. do 60 mV. Rz. – zaznaczona obustr. Na tym tle występują nieliczne rozsiane pojedyncze fale ostre, ampl. do 65 mV. Hv – bez wyraźnego wpływu na zapis. Wniosek: zapis w granicach normy.
3. (kontrolne) Rytm alfa obfity, symetryczny, o wyostrzonym rysunku, nieco nieregularny 10–12 Hz, ampl. do 60 mV. Fale alfa z tendencją do przekształcania się w fale ostre. Rz. – zaznaczona obustr. Podczas Hv wystąpiły nieliczne rozsiane fale ostre. Poza tym bez uchwytnych elementów nieprawidłowych. Wniosek: zapis z pogranicza normy.

RTG czaszki: bez zmian. TK głowy: bez zmian. Dno oczu: w normie.

W badaniu psychologicznym zastosowano: skalę inteligencji Wechslera, MMPI, testy psychoorganiczne (Bender, Bentona, Graham-Kendall). Wnioski: Ogólna sprawność umysłowa w normie (I.I. = 109). Na podstawie analizy przeprowadzonych badań psychologicznych u pacjenta stwierdza się cechy organicznego uszkodzenia o.u.n. Pacjent stosuje mechanizm dysymulacji, ukrywa przed otoczeniem obecność zaburzeń psychicznych

(depresji, przeżyć urojeniowych). Objawy dysocjacyjne dotyczą u badanego funkcji psychicznych (pamięci) oraz funkcji fizycznych ruchu i czucia. Badany przejawia cechy zachowania charakterystyczne dla osobowości histrionicznej (sugestywność, łatwość ulegania wpływom innych osób lub okoliczności, nadmierna koncentracja na sobie oraz nadwrażliwość na emocje pozytywne oraz negatywne). Ujawnia niedojrzałość, słaby wgląd.

Wyniki badań laboratoryjnych, badanie ogólne moczu, badanie biochemiczne krwi: bez odchyżeń od stanu prawidłowego.

W terapii zastosowano: leczenie farmakologiczne: chloroprotiksen 60 mg/die, Bellergot, Vit. B-comp. oraz oddziaływania psychologiczne.

Podczas hospitalizacji w Klinice obserwowano tylko jeden napad drgawkowy. Nie nastąpiła całkowita utrata przytomności, nie zaobserwowano przygryzienia języka ani mimowolnego oddania moczu. Pacjent przejawiał charakterystyczną beztroską obojętność. Incydent ten miał miejsce podczas odwiedzin rodziny, po uprzedniej rozmowie z dziewczyną, która prawdopodobnie podtrzymywała zamiar przerwania znajomości. Lekarzowi prowadzącemu udało się stworzyć więź terapeutyczną z pacjentem. Dzięki temu zaobserwował u pacjenta dużą sugestywność. Oddziaływanie psychologiczne oraz wdrożone leczenie farmakologiczne przyniosło nieznaczną redukcję lęku. Chorego wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym z zaleceniem dalszego przyjmowania leków oraz zgłoszenia się do poradni zdrowia psychicznego celem podjęcia psychoterapii.

OMÓWIENIE

Mimo, że bezpośrednią przyczyną hospitalizacji Marcina były powtarzające się od 2 lat incydenty utraty przytomności z drżeniem ciała, które mimo braku potwierdzenia zmian w o.u.n. były uważane za napady padaczkowe, stosując kryteria ICD-10 postawiono jednoznaczną diagnozę. Rozpozna-

no u niego mieszane zaburzenia dysocjacyjne z cechami osobowości histrionicznej.

Diagnostyka różnicowa jest często kwestią trudną, wymaga doświadczenia i współpracy lekarzy różnych specjalności. Jednak nie jest wskazane ustalanie diagnozy na zasadzie *per exclusionem*. Należy uwzględnić okoliczności wystąpienia zaburzeń, całości kształtu obrazu klinicznego i jego dynamiki, charakter urazu psychicznego i przeżywanego konfliktu, sytuację, w której znalazł się chory oraz cechy jego osobowości. Wyrwane z kontekstu pojedyncze objawy i cechy zaburzeń nie mogą decydować o postawieniu rozpoznania.

W rozpoznaniu różnicowym należy przede wszystkim wykluczyć chorobę somatyczną o podobnym obrazie i podłoże organiczne. Objawy konwersyjne niekiedy nakładają się na obraz dużej depresji i schizofrenii. Zaburzenia dysocjacyjne mają wiele cech wspólnych z zaburzeniami somatyzacyjnymi i z psychogennym zaburzeniem bólowym. Odróżnienie zaburzeń dysocjacyjnych od symulacji jest trudne.

W trakcie pobytu Marcina w Klinice na podstawie wykonanych badań, obserwacji i wywiadu:

1. w zdecydowanej większości badań dodatkowych nie stwierdzono istnienia organicznych zmian w o.u.n., co wyklucza podłoże organiczne rozpoznanej jednostki chorobowej,
2. nie wykazano obecności żadnej choroby somatycznej,
3. nie zauważono świadomego wytwarzania objawów somatycznych w celu osiągnięcia korzyści, co eliminuje rozpoznanie symulacji,
4. stwierdzono cechy osobowości histrionicznej (teatralność zachowania się, dramatyzowanie, sugestywność, łatwość ulegania wpływom, nadwrażliwość na emocje pozytywne oraz negatywne), która może predysponować do wystąpienia zaburzeń dysocjacyjnych,
5. stwierdzono słaby wgląd, niedojrzałość emocjonalną,

6. podczas pojawienia się objawów zaburzenia dysocjacyjnego zauważono zadziwiająco obojętność w stosunku do dramatycznie wyglądających objawów, która jest charakterystyczna dla tej grupy zaburzeń nerwicowych (*la belle indifférence*),
7. wykazano nagły początek (często wywołany silnym stresem), jak również nagłe ustąpienie objawów,
8. uchwycono przyczyny psychologiczne w postaci wyraźnego związku w czasie ze stresującymi problemami lub zaburzonymi związkami z ludźmi.

Ponadto wykazano obecność innych objawów, które składają się na obraz zaburzeń dysocjacyjnych: jękanie, zaburzenia ruchowe, drgawki; w czasie napadu nie stwierdzono nietrzymania moczu i stolca, sinicy, uszkodzenia ciała, przygryzienia języka czy zupełnej utraty świadomości. Pacjent do oddziału psychiatrycznego został skierowany, po wykluczeniu podłoża organicznego, z oddziału neurologicznego, w którym wcześniej był w krótkich odstępach czasu dwukrotnie hospitalizowany oraz wielokrotnie konsultowany. Pacjentowi wykonano trzykrotne badania EEG, w tym po bezsennej nocy, których zapis mieścił się w granicach normy. Również kolejne badania (RTG czaszki oraz TK głowy) nie wykazały zmian ogniskowych. Oddział, w którym przebywał chory, nie dysponował możliwością przeprowadzenia dalszej diagnostyki EEG (np. video-eeg, czy zapis całodobowy). Z powodu i tak przedłużanego pobytu chorego w szpitalu – żądał wypisu, jak i z powodu uzyskania wyników bez cech patologii w o.u.n. (z wyjątkiem badania psychologicznego), odstąpiono od dalszej diagnostyki.

Zgodnie z klasyfikacją ICD-10 można rozpoznać zaburzenia dysocjacyjne również przy współistnieniu zmian organicznych, jak to opisano pod numerem statystycznym (organiczne zaburzenia dysocjacyjne). W związku

z tym, wynik badania testem triady organicznej sugerujący uszkodzenie o.u.n. u pacjenta, nie wpłynął na ostateczną diagnozę.

Toteż całościowe spojrzenie na obraz kliniczny, zebrane dotychczasowe wyniki badań oraz przedstawiane przez pacjenta w charakterystyczny sposób objawy, pozwoliło na jednoznaczne rozpoznanie zaburzeń dysocjacyjnych.

Omawiane zaburzenia mogą wywołać silne reakcje emocjonalne u lekarza. Czasem odczuwa on pragnienie pozbycia się pacjenta, „któremu naprawdę nic nie jest, a sprawia dużo kłopotów”. Tymczasem ważnym środkiem terapeutycznym jest zachowanie odpowiedniej postawy psychoterapeutycznej. W rozmowie z chorym należy skoncentrować się na poszukiwaniu źródeł jego cierpienia. Warto przy tym pamiętać, że w omawianych przypadkach nadmierne zainteresowanie samymi objawami może je nasilać. Należy unikać zbyt wielu konsultacji, a leczenie powinno skupić się na rozwiązaniu konfliktów będących bezpośrednią przyczyną pojawienia się objawów. Podstawową metodą leczenia pozostaje psychoterapia z uwzględnieniem niewielkich dawek leków przeciwdepresyjnych lub neuroleptyków.

PIŚMIENNICTWO

1. Bilikiewicz A: Psychiatria. PZWL, Warszawa 1998, 295–297.
2. Golec S, Kokoszka A: Postępowanie w nagłych zaburzeniach psychicznych. Medycyna Praktyczna, Kraków 1995, 163–167.
3. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Uniw. Wyd. Med. „Vesalius”, IPiN, Kraków, Warszawa 1997, 132–138, 173.
4. Pużyński S, Beręsewicz M: Zasady rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych. IPiN, Warszawa 1993, 96–97.
5. Tomb DA: Psychiatria. Urban & Partner, Wrocław 1998, 102–105.