



## Trudności diagnostyczne u pacjentów z upośledzeniem umysłowym: opis dwóch przypadków

*Diagnostic difficulties in patients with mental retardation: two case reports*

RADOSŁAW STEPAŃCZAK, KRZYSZTOF KUCIA, ANETA SIKORA, KATARZYNA PIEKARSKA-BUGIEL

Z: Katedry i Kliniki Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

### STRESZCZENIE

**Cel.** Osoby z niepełnosprawnością intelektualną stanowią istotny procent pacjentów leczonych przez psychiatrów. Odrębności poznawcze, trudności w komunikacji słownej a także czynniki neurorozwojowe i psychospołeczne utrudniają proces oceny diagnostycznej.

**Przypadek.** Przedstawiono opisy dwojga pacjentów z oporną na leczenie schizofrenią paranoidalną. Wnikliwa diagnostyka pozwoliła zmienić rozpoznania na upośledzenie umysłowe lekkie, a u jednej z osób na współistniejące zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne. Zmiana strategii terapeutycznej doprowadziła do istotnej poprawy ich stanu psychicznego.

**Komentarz.** Na podstawie opisanych przypadków i przeglądu piśmiennictwa autorzy analizują trudności diagnostyki psychiatrycznej w grupie pacjentów z upośledzeniem umysłowym.

### SUMMARY

**Objective.** The mentally retarded constitute a large proportion of patients treated by the psychiatrist. The specificity of their cognitive functions, problems with verbal communication, as well as neurodevelopmental and psychosocial characteristics make the process of diagnostic assessment difficult.

**Case report.** Two patients with drug resistant paranoid schizophrenia are described. A thorough assessment process allowed to change their diagnosis to that of mild mental retardation, with concurrent obsessive-compulsive disorder in one case. A change of the therapeutic strategy resulted in a significant improvement of their condition.

**Commentary.** On the grounds of the two case reports and a review of the literature the authors analyzed difficulties in psychiatric diagnostics in patients with mental retardation.

---

**Słowa kluczowe:** upośledzenie umysłowe / różnicowanie / opis przypadku

**Key words:** mental retardation / differential diagnostics / case report

---

Szacuje się, że osoby z upośledzeniem umysłowym stanowią od 1 do 3% populacji ogólnej [1, 2]. Badania wskazują, że niepełnosprawność umysłowa nawet trzykrotnie zwiększa ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych [1, 3, 4, 5].

Upośledzone zdolności poznawcze a także zmniejszone możliwości komunikacji słownej czynią proces diagnostyczny szczególnie trudnym. Odrębności neurobiologiczne i rozwojowe, a także czynniki psychospołeczne mogą skutkować innym obrazem symptomów, niż oczekiwany u ludzi z prawidłowym intelektem [4, 6].

Przydstawiono przypadki dwojga pacjentów z wcześniejszym rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej opornej na leczenie, hospitalizowanych w Klinice Psychiatrii. W efekcie przeprowadzonej diagnostyki zweryfikowano rozpoznania na upośledzenie umysłowe lekkie, a u jednego z pacjentów dodatkowo zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne. U obu osób zmiana strategii terapeutycznej doprowadziła do istotnej poprawy ich stanu psychicznego i jakości życia.

### OPIS PRZYPADKU 1

23-letni pacjent z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej oraz zespołu tików został przyjęty do Kliniki z powodu braku skuteczności dotychczasowej terapii. Pomimo 4-letniego ambulatoryjnego leczenia psychiatrycznego a tak-

że dwukrotnej hospitalizacji w oddziale dziennym nie uzyskano poprawy, co więcej obserwowano ciągle pogarszanie się funkcjonowania pacjenta.

Pacjent był jedynakiem, mieszkającym z rodzicami, którzy zamieszkują wspólnie, mimo rozwodu przed kilkunastoma laty, z powodu problemu alkoholowego ojca. Okres okołoporodowy był niepowikłany, a wywiad rodzinny dotyczący chorób psychicznych nieobciążony. Matka informowała, że pacjent zawsze preferował samotność, miał niewielu kolegów, z którymi był jednak bardzo związany. W szkole podstawowej był miernym uczniem, nie powtarzał klas. Od 12 roku życia leczony haloperidolem z powodu tików oraz podejrzenia padaczki. Według relacji pacjenta, doświadczał on uogólnionych napadów „drgawek kończyn i ich wykręcania” o zmiennej, ostatnio sporadycznej częstotliwości, bez poprawy po stosowanym w przeszłości kwasie walproinowym.

Ukończył zasadniczą szkołę zawodową a także pierwszą klasę technikum mechanicznego w trybie wieczorowym. Pogorszenie stanu psychicznego doprowadziło do przerwania nauki, pacjent za namową matki podjął leczenie ambulatoryjne. Dominowało wtedy nasilenie tików twarzy, drażliwość, lęk i agresja słowna wobec domowników. Z czasem dołączyły się obawy przed aresztowaniem przez policję z powodu rzekomych występów. Podjęto próby leczenia kolejno buspironem i karbamazepiną.

Dokumentacja medyczna z ostatnich dwóch lat leczenia informuje o pojawieniu się nastawienia ksobnego. Matka wskazywała, że syn zupełnie nie radzi sobie z rzeczywistością, a pacjent wyjaśniał, że któregoś wieczoru „miałem wrażenie, że duchy mnie gonią... słyszałem, że ktoś mówi, a nie widziałem tej osoby”. Do leczenia włączono olanzapinę 10 mg/die. Psychiatra odnotował, że pomimo poprawy w zakresie „nerwowości” oraz tików, nasiliły się omamy słuchowe – głównie nawoływania po imieniu w godzinach wieczornych, utrzymywały się też urojenia odnoszące. Dawkę leku zwiększono do 15 mg/die. Podczas następnych wizyt pacjent przyznał, że ma wrażenie, iż inne osoby mogą znać jego myśli, obmawiają go i drwią z niego. Skarżył się, że nie radzi sobie w szkole i złości się, bo nic w życiu mu się nie udaje.

Badanie psychologiczne wskazywało na możliwość występowania zmian organicznych OUN, jako podłoża zaburzeń przeżywania i zachowania. Ujawniało także obniżenie funkcji poznawczych: pamięci świeżej, wzrokowej, spostrzegania, koncentracji uwagi, co uznano za wtórne do procesu chorobowego. W trakcie kolejnych wizyt pojawiały się informacje, iż pacjent ciągle przegląda się w lustrze, nie toleruje swego wyglądu. Do obaw o aresztowanie przez policję dołączył się lęk o infekcję HIV, skargi na obniżony nastrój, anhedonię. Do farmakoterapii obejmującej olanzapinę 15 mg/die, karbamazepinę 300 mg/die i haloperidol 2 mg/die, dołączono sertralinę 50 mg/die. Mimo zmiany leczenia matka informowała, że syn „opowiada historie, których nie było... że popełnił przestępstwa, boi się, że pójdzie siedzieć”. Pacjent przyznawał, że ma wrażenie, że kogoś zabił. W oddziale dziennym wycofano SSRI, a dołączono alprazolam. Epikryzy z dwóch trzymiesięcznych hospitalizacji informują o urojeniach odsłonięcia, prześladowczych, omamach słuchowych, nieznacznym obniżeniu nastroju i napędu, jednostajnym i słabo modulowanym afekcie, lęku w reakcji na trudne sytuacje.

Rozpoznano schizofrenię paranoidalną lekooporną. Ostatecznie uzyskano poprawę stanu psychicznego chorego, zmniejszenie objawów psychotycznych a pacjent deklarował chęć powrotu do szkoły i uprawiania sportu. Ówczesna farmakoterapia obejmowała risperidon 7 mg/die, walproinian 1500 mg/die, hydroksyzynę 75 mg/die oraz klorazepat 5 mg/die. Po wypisie funkcjonowanie pacjenta pogorszyło się. Ograniczył wychodzenie z domu, gdyż bał się, że kogoś zabił, że zrobił coś złego, obawiał się, że może być śledzony, „kamerowany”. Unikał dotykania produktów w sklepie, by nie pozostawić odcisków palców, każdy dotknięty produkt matka musiała kupić. Do leczenia wprowadzono kłozapinę (do 400 mg/die), bez efektu. Pacjent został skierowany do Kliniki Psychiatrii.

W dniu przyjęcia informował: „boję się wszystkiego, widzę jak zabijam ludzi, wyjmuję broń i zabijam, podchodzę do okna i widzę siebie jak zabijam, potem uciekam, jestem bardzo agresywny, czasem uderzę kogoś bez powodu. Nie mogę tego opanovać”. Z obawy przed skrzywdzeniem innych, sporadycznie oraz jedynie w towarzystwie matki opuszczał dom, a w towarzystwie ludzi często pozostawał w bezruchu. Prerażony spodziewał się kary, w lokalnych wiadomościach wypatrywał informacji o popełnionych przed siebie zbrodniach. Wielokrotnie dzwonił do „zabitych” przez siebie kolegów, by upewnić się, że żyją.

Nie wykluczał, że inne osoby mogą znać jego myśli, z tego powodu czasem mówił do mamy „szyfrem”. Miał wrażenie, że może być śledzony, obserwowany, fotografowany a ludzie rozmawiają o nim i śmieją się z niego za plecami. Zgłaszał problemy z zasypianiem – wtedy słyszy kroki, czasem nawoływanie po imieniu.

Matka informowała, że choć obecnie syn jest bardziej łękliwy niż agresywny, to właśnie jego impulsywność przeraża ją najbardziej. Zarazem nie była w stanie podać przykładu jego gwałtowności oprócz kłótni przed dwoma laty. Wykazywała zrozumienie dla wielu obaw syna (np. brak zgody na badanie MRI), gdyż sama jako osoba bardzo łękliwa kilkakrotnie doświadczyła napadów lęku panicznego. Liczyła, że obecna hospitalizacja umożliwi powrót do przerwanej nauki. Farmakoterapia przy przyjęciu obejmowała kłozapinę 200 mg/die, risperidon 4,5 mg/die oraz sertralinę 100 mg/die.

W pierwszym okresie pobytu pacjent zgłaszał, że w oddziale czuł się bezpieczny. Był zadowolony, że nie pojawiły się żadne głosy ani agresja. Bardzo chętnie uczestniczył w indywidualnych spotkaniach z lekarzem. Zwracał uwagę na dobry kontakt z pacjentem, jego prawidłowa reaktywność afektywna. Opowiadał o skomplikowanej relacji z ojcem, odczuwanej do niego złości i zarazem współczuciu. Tematem spotkań były także nieudane związki z pcią przeciwną, zwłaszcza pierwszy, w którym był „wyzywany od głupków, matolów”. Dużo czasu w rozmowach zajmowały problemy z nauką. Już w szkole podstawowej „nie mógł niczego zapamiętać”, a nauczyciele dawali mu promocje „bo lubili i wiedzieli jak jest z ojcem”. Podobnie było w szkole zawodowej, gdzie „zawsze udało się odpisać, koledzy pomagali”. Pierwszą klasę technikum wieczorowego ukończył z dużym trudem dzięki zorganizowanej pomocy całej klasy i nauczycieli. Drugą klasę opisywał jako koszmarne okresy przerastający jego możliwości, w którym przeżył zawód miłosny, stopniowe pogarszanie się stanu psychicznego, opuszczanie zajęć i przerwanie szkoły. Z hospitalizacją wiąże nadzieje: „teraz nie czuję się najgorzej, jeszcze żeby to zabijanie minęło, to mógłbym wyjść, wrócić do szkoły”. Opowiada, że chociaż „trudno mu nauczyć się paru zdań” marzy by „zrobić maturę, pójść na studia ... żeby cokolwiek mi w życiu wyszło”. W oddziale czas spędzał na rozmowach z wybranymi pacjentami, oglądaniu telewizji, lekturze gazet sportowych. Przeczył relacjonowanym wcześniej halucynacjom słuchowym, nie obserwowano zachowań agresywnych ani zaburzeń snu. Jednocześnie odmawiał uczestnictwa w zajęciach grupowych z obawy przed wyrażeniem krzywdy innym. Miewał okresy silnego niepokoju, związane z „wizjami” zabijania ludzi odwiedzających oddział, niektórych członków personelu. Poszukiwał na podłodze śladów krwi, codziennie wielokrotnie dzwonił do matki dopytując się o ewentualne informacje w mediach dotyczące „morderstw w klinice”.

Wyniki przeprowadzonych badań laboratoryjnych były prawidłowe. TK głowy oraz EEG, podobnie jak konsultacja neurologiczna nie wykazały nieprawidłowości. W badaniu skalą WAIS-R pacjent uzyskał: skala słowna IQ = 71, skala bezsłowna IQ = 62, skala pełna IQ = 66. Badanie funkcji poznawczych VTS ujawniło silne obniżenie selektywności uwagi, rozpiętości pamięci krótkotrwałej wizualno-przestrzennej oraz czasów reakcji przy prawidłowej od-

porności na zakłócenia i sprawności uczenia się wizualno-przestrzennego. Uzyskany profil określono jako charakterystyczny dla pacjentów z rozpoznaniem z kręgu psychoz.

Ze względu na niejasny obraz kliniczny (tabl. 1) zdecydowano o wycofaniu farmakoterapii, nie obserwując zmian w stanie psychicznym chorego. Po analizie zebranego materiału klinicznego zdecydowano o włączeniu klomipraminy 125 mg/die. Już po siedmiu dniach leczenia pacjent poinformował: „czuję się lepiej. Jest mniej tego niepokoju”. Akcentował z radością, że zmniejszyła się liczba „widzeń”, po raz pierwszy wyraził też wątpliwość czy to, co widzi, jest prawdą. W ciągu następnych dwóch tygodni następowała szybka poprawa stanu psychicznego. Natrętne wyobrażenia zmniejszyły częstotliwość, w końcu ustąpiły zupełnie a pacjent zyskał pełen krytycyzm. W oddziale nawiązał liczne kontakty interpersonalne, uczestniczył w terapii zajęciowej, spotkaniach społeczności terapeutycznej.

W trakcie spotkań indywidualnych z lekarzem poruszano kwestie skomplikowanej sytuacji rodzinnej pacjenta, oczekiwań wobec siebie i problemów z akceptacją własnych ograniczeń. Jednocześnie przedstawiano możliwości zwiększenia samodzielności. Podejmowano próby urealnienia spojrzenia na własną agresywność, polepszenia strategii radzenia sobie ze stresem, stosowano elementy treningu asertywności, przedstawiano techniki relaksacyjne. Po 6 tygodniach hospitalizacji i satysfakcjonujących przepustkach pacjent został wypisany. Sam niezwykle zadowolony z efektów leczenia opuszczał szpital z licznymi planami na przyszłość, z których główny obejmował znalezienie pracy i zdobycie częściowej niezależności finansowej. Farmakoterapia w dniu wypisu obejmowała klomipraminę 125 mg/die oraz haloperidol 1mg/die. Matka pacjenta telefonując do Kliniki w dwa miesiące po wypisie stwierdziła, że syn „został przywrócony do życia”.

## OPIS PRZYPADKU 2

54-letnia rencistka, rozwiedziona, matka trojga dorosłych dzieci, ośmiokrotnie hospitalizowana psychiatrycznie z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej, skierowana do Kliniki z powodu trwającego od kilku miesięcy pogorszenia stanu psychicznego. Lekarz kierujący informował o niezadowoleniu pacjentki z ostatniego pobytu szpitalnego i zaprzestaniu przyjmowania leków. Dwie karty informacyjne leczenia szpitalnego obejmowały okres dziesięciu miesięcy przed przyjęciem do Kliniki. Według pierwszej z nich powodem hospitalizacji było pogorszenie stanu psychicznego w związku z zaprzestaniem zażywania leków. Przy przyjęciu obserwowano obniżenie nastroju i napedu, błady afekt, rozkojarzenie toku myślenia oraz liczne ambisencje. W wyniku farmakoterapii (walprolinian 600 mg/die, perazylna 300 mg/die, hydroksyzyna 75 mg/die) uzyskano poprawę i wypisano pacjentkę do domu. Jednak już po sześciu miesiącach trafiła ponownie do oddziału zamkniętego z powodu pogorszenia samopoczucia mimo systematycznej farmakoterapii – lęk, bezsenność, drażliwość oraz urojenia interpretacja intencji otoczenia. Przejawiała obniżony nastrój, niepokój, zgłaszała liczne dolegliwości somatyczne. Wypowiadała urojenia ksbne i prześladowcze. Potwierdzała omamy słuchowe. Jej tok

myślenia był rozkojarzony. Stosując w leczeniu lit 750 mg, sulpiryd 200 mg/die, perazylnę 150 mg/die i hydroksyzynę 25 mg/die uzyskano częściową poprawę.

Po ośmiu tygodniach pacjentka w towarzystwie syna zgłosiła się do Kliniki. Kontakt słowny z chorą okazał się bardzo trudny ze względu na odpowiedzi „mimo”, ich nieskładność. Widoczna była labilność nastroju oraz niepokój manipulacyjny. Jej główne skargi: „jestem po wypadku i mam uraz obojczyka, lekarz ortopeda proponował mi operację, ona może się nie udać ... cała się trzęsę i po prostu depresję mam silną, nerwicę mam silną i ja dostałam urazu wewnętrznego, o pół paznokcia byłam od śmierci”. Dopytywana, niejasno tłumaczyła, że chodzi jej o zdarzenie w pociągu, w którym została przyciśnięta przez zamykające się drzwi. Stwierdziła też, że ma problemy małżeńskie – mąż nachodził ją mszcząc się za rozwód sprzed 9 lat. Chaotycznie tłumaczyła: „Dogadywał mi, że jestem pierwszą lepszą, zostałam uderzona dwa razy i już miałam dość. On narobił sobie dzieci i mi nie powiedział. Dostałam telefon, przez rok miałam telefony ciche, głuche, kilka razy na dzień i ja dostałam na głowę”. Pacjentka stwierdziła, że rok po rozwodzie popełniła samobójstwo przez powieszenie: „odratowały mnie dzieci, bo widziały. Bardzo krzyczały, bo są ze mną związane”. Wtedy po raz pierwszy hospitalizowano ją psychiatrycznie. Pacjentka zagubiła karty informacyjne z tego okresu, nie pamiętała również nazw leków. Mimo, iż po wypisie czuła się „idealnie”, samopoczucie szybko się pogorszyło „bo mąż znówu nachodził”. Ponownie dokonała próby samobójczej. Po chwili pacjentka dodała, że zięć również ją pobił, i to przez niego próbowała odebrać sobie życie. Hospitalizowana, opuściła szpital w dobrym stanie. Jednak „zięć zaczął szyby trzaskać, miałam wszystko poukładane a on mi wszystko niszczył, bo mścił się za to, że chciałam popełnić samobójstwo”. W niedługim czasie miała miejsce kolejna próba suicydalna „chciałam utopić się w wannie, ale sama się uratowałam”. Pacjentka niespójnie opowiadała o pobycie w oddziale psychiatrii, w końcu uldze związanej z wyprowadzką „zięcia bandyty” oraz wracała do tematu wypadku, kiedy to „pociąg przytrzasnął nogę”. Informuje: „nie poszłam do szpitala, bo miałam uraz ze szpitala. Byłam wykorzystywana w dzieciństwie przez męża, braci, a jak byłam w szpitalu, to rodziłam na stojąco i dziecko się w powietrzu rodziło!” Pacjentka nieskładnie opowiadała o wykorzystywaniu seksualnym przez nieznanymi i znanych sobie mężczyzn, przemocy ze strony byłego męża, zięcia, jednego z synów oraz innych mężczyzn z sąsiedztwa. Stwierdza, że gdy ogląda programy telewizyjne o przemocy w rodzinie „to tak jak o mnie mówią”. Opowiada, że czuje się niepewnie nawet w swoim domu. Kiedyś, gdy nie zamknęła drzwi, wszedł nieznajomy mężczyzna i ją zmusił do seksu. Pacjentka miała również wrażenie, że sąsiedzi spiskują przeciwko niej, obmawiają ją. Zdarzało jej się, że słyszała głosy sąsiadów krytykujących i obrażających ją, mimo iż po sprawdzeniu za drzwiami i za oknem nikogo nie dostrzegła.

Podsumowując, wymienia najbardziej dokuczliwe dolegliwości: „słaby nastrój, napady takie po których przyjeżdża pogotowie, że się prawie nad ziemią unoszę, trzęsę się i z nóg lecę. To takie napady nerwicy, depresji, plus schizofrenia”. Dopytywana o źródła przyjemności odpowiada: „lubię wszystko, ale jak coś zrobię to usiądę i myślę

jak to się wszystko w życiu stało”. Pacjentka zgłaszała również bezsenność, osłabienie „światnej wcześniej” pamięci spowodowane przez ciągłe niewyspanie oraz dolegliwości bólowe o mnogiej, zmiennej lokalizacji. Oczekuje od pobytu w Klinice: „żeby te lęki ... depresja może, ja szybko w depresję wpadam ... takie zaniki ... może nie zaniki, bolesności brzucha, takie bolesności układu przewodowego wypypadkowe. Chce mi wysadzić żołądek. Mam uszkodzony obojczyk, tak mi powiedział ortopeda...”

Pacjentka ma wykształcenie podstawowe, od 9 lat jest na rencie z powodu „kręgosłupa i stawów”. Od czasu rozwoju mieszka z czwórką dorosłych dzieci. Przyznawała się do wypijania 2 piw tygodniowo „z dziećmi” oraz palenia

20 papierosów dziennie. Relacjonowała, że przed miesiącem z powodu bólu brzucha odstawiła leki, stosuje jedynie estazolam. W dniu przyjęcia nie udało się zebrać wywiadu od syna chorej, gdyż ten niepostrzeżenie oddalił się z Kliniki.

Ze względu na niejasny obraz kliniczny (tab. 1) pozostawiono pacjentkę bez farmakoterapii, podjęto diagnostykę psychologiczną, neuroobrazową a także stanu somatycznego. Szybko obserwowano: polepszenie kontaktu słownego, normalizację toku myślenia, stabilizację nastroju i redukcję lęku. Nie odnotowywano halucynacji ani zaburzeń snu. Widoczne były trudności natury poznawczej (19 punktów w MMSE). W rozmowach nadal była skoncentrowana na dolegliwościach somatycznych, nadużyciach i urazach

Tablica 1. Przegląd trudności diagnostycznych w różnicowaniu niepełnosprawności intelektualnej i zaburzeń psychicznych.  
Table 1. An overview of difficulties in the differential diagnosis of mental retardation and mental disorders.

Przypadek Case	Wątpliwości diagnostyczne <i>Diagnostic doubts</i>	Aspekty upośledzenia wpływające na proces diagnostyczny <i>Mental retardation aspects affecting the diagnostic process</i>	Wskazówki diagnostyczne <i>Diagnostic recommendations</i>
1.	<p>Lekooporność czy błędna diagnoza? <i>Drug resistance or wrong diagnosis?</i></p> <p>Halucynacje czy natrętne wyobrażenia? <i>Hallucinations or persistent imagery?</i></p> <p>Urojenia czy natrętne obawy? <i>Delusions or obsessive fears?</i></p> <p>Zachowania psychotyczne czy natrętne rytuały? <i>Psychotic behaviors or obsessive rituals?</i></p> <p>Deterioracja poznawcza w schizofrenii czy upośledzenie umysłowe? <i>Cognitive deterioration in schizophrenia or mental retardation?</i></p> <p>Załamanie linii życiowej czy spotkanie z konstytucjonalnymi ograniczeniami? <i>Breakdown of life line or encountered constitutional limitations?</i></p>	<p>Trudności w rozumieniu i komunikowaniu przeżyć <i>Difficulty in understanding and communicating experiences</i></p> <p>Zjawisko zniekształcenia intelektualnego* <i>The phenomenon of intellectual distortion*</i></p> <p>Elementy prześladowcze, dziwaczne, niski krytycyzm jako prezentacje lęku <i>Prosecutional or bizarre elements, low criticism as anxiety presentations</i></p> <p>Ukrywanie niedomogi intelektualnej z obawy przed stygmatyzacją <i>Hiding mental deficiency in fear of stigmatization</i></p> <p>Słabość ego, niska tolerancja stresu, małe zdolności adaptacyjne <i>Ego weakness, low stress tolerance, limited adaptive skills</i></p>	<p>1. Uwzględnianie upośledzenia umysłowego jako opcji diagnozy. <i>Mental retardation (MR) should be considered as an alternative diagnosis.</i></p> <p>2. Uwzględnianie możliwego wpływu upośledzenia na obraz objawów psychiatrycznych. <i>Possible effect of MR on the picture of psychiatric symptoms should be considered.</i></p> <p>3. Dostosowanie sposobu komunikacji do możliwości poznawczych pacjenta. <i>Communication mode should be adjusted to the patient's cognitive capabilities.</i></p> <p>4. Unikanie pytań sugerujących. <i>Suggestive questions should be avoided.</i></p>
2.	<p>Schizofreniczne zaburzenia toku myślenia czy dezorganizacja lękowa? <i>Schizophrenic disturbance of thought processes or disorganization due to anxiety?</i></p> <p>Nawroty choroby czy dekompensacje osobowości? <i>Incidents of relapse or personality decompensation?</i></p> <p>Bogactwo objawów psychotycznych czy „automatyczne” potwierdzanie ich istnienia? <i>Richness of psychotic symptoms or „automatic” confirmation of their presence?</i></p> <p>Urojenia i halucynacje czy realne zdarzenia? <i>Delusions and hallucinations or real events?</i></p>	<p>Zjawisko dezintegracji poznawczej* <i>The phenomenon of cognitive disintegration*</i></p> <p>Zjawisko zniekształcenia intelektualnego* <i>The phenomenon of cognitive distortion*</i></p> <p>Słabość ego, niska tolerancja stresu, małe zdolności adaptacyjne <i>Ego weakness, low stress tolerance, limited adaptive skills</i></p> <p>Podatność na sugestię, odpowiedzi fałszywie twierdzące <i>Susceptibility to suggestion, false-positive confirmatory answers</i></p> <p>Zjawisko maskowania psychospołecznego* <i>The phenomenon of psychosocial masking*</i></p> <p>Elementy prześladowcze, dziwaczne, niski krytycyzm jako prezentacje lęku <i>Prosecutional or bizarre elements, low criticism as presentations of anxiety</i></p>	<p>5. Odroczenie ostatecznej diagnozy do czasu zebrania dostatecznej ilości informacji z obserwacji klinicznej. <i>Final diagnosis should be delayed until sufficient data are collected in clinical observation.</i></p> <p>6. Obiektywizacja wywiadu z możliwie wielu źródeł. <i>Objectivization of interview from possibly many sources.</i></p> <p>7. Analiza czynników rozwojowych, socjalnych, interpersonalnych. <i>Developmental social &amp; interpersonal factors should be analyzed.</i></p>

\* wg R. Sovner, according to R. Sovner

emocjonalnych z przeszłości, ujawniała poczucie winy, że była za słaba by wszystkiemu zapobiec. Opowiadała o bardzo trudnym dzieciństwie, wykorzystywaniu seksualnym przez ojca i braci: „matka nie mogła nic zrobić, mówiła że najlepiej to uciekać, albo spać u sąsiadów jak bracia i ojciec są pijani”. Jeden z braci pacjentki był upośledzony umysłowo, nie opanował umiejętności czytania i pisania, wykonywał proste prace w gospodarstwie.

Okres szkoły podstawowej był dla niej trudny: „miałam problemy ze wszystkich przedmiotów”. Powtarzała klasę, przerwała naukę na kilka lat, ostatecznie ukończyła szkołę podstawową. Jej rodzeństwo nie ukończyło edukacji nawet na poziomie podstawowym „tylko pili wódkę, im nie zależało”. Ojciec często powtarzał jej, że nic dobrego jej w życiu nie czeka. Jeden z braci, pod wpływem alkoholu, odebrał sobie życie przez powieszenie. W wieku 18 lat urodziła nieślubne dziecko: „bardzo go kochałam, a on zostawił mnie z dzieckiem, poszedł”. Pogorszyło to jeszcze jej relacje z ojcem i braćmi, który zarzucali jej złe prowadzenie się. W wieku 24 lat wyszła za mąż. Z małżeństwem wiązała duże nadzieje, jednak szybko pojawiły się zdrady męża, których z czasem nawet nie ukrywał. „Ja ciągle żyłam nadzieją, byłam spokojna, nie lubiłam się kłócić, nie lubiłam krzyczeć... taką nadzieją żyłam jeszcze”. Gdy dowiedziała się, że mąż posiada poza małżeństwem dwoje a być może jeszcze więcej dzieci – zdecydowała się na rozwód, a sąd orzekł winę męża przyznając jej skromne świadczenie. Znaczna część rodziny miała do pacjentki żal za przeprowadzenie rozwodu. W trakcie rozmów zwracała uwagę dużą zależność pacjentki, bierność a także znikome zdolności adaptacyjne. Jej sytuacja finansowa po rozwodzie ulegała ciągłemu pogorszeniu a od kilku miesięcy istniało realne zagrożenie eksmisją.

Wyniki badań laboratoryjnych oraz badanie MR głowy nie ujawniły patologii. Wśród badań psychologicznych test MMPI okazał się niemożliwy do interpretacji (wskaźnik Gougha wynosił 30, co wskazywało na symulację zaburzeń psychicznych), test pamięci wzrokowej Bentona nie wniósł przesłankę o występowaniu zaburzeń poznawczych na podłożu organicznym. Obecność „dziwacznych odtworzeń” w teście Lauretty Bender sugerowała istnienie zaburzeń psychotycznych. Wnioski z badania kwestionariuszem osobowości DKO-K obejmowały informacje, że badana jest osobą niedojrzałą, o słabym ego, posiadającą niską samoocenę, nie potrafiącą adekwatnie i skutecznie rozwiązywać swoich problemów, cechuje ją nadmierna koncentracja na zdrowiu fizycznym przy braku kontaktu z emocjonalnym podłożem dolegliwości. W trakcie badania testem WAIS-R pacjentka narzekała na złe samopoczucie psychiczne i fizyczne spowodowane niewyspaniem, ogólnym zmęczeniem. Uzyskane przez nią wyniki to: skala słowna IQ = 51, skala bezsłowna IQ = 55, skala pełna IQ = 55.

Po wielokrotnych próbach udało się uzyskać wywiad od jednego z synów. Według niego problemy psychiczne matki trwały od około 7 lat, ich początek wiąże z rozwodem. Pacjentka dowiedziała się, że jej mąż ma dwie córki z inną kobietą. „Tata nabroił, okazało się, że mam dwie dziesięcioletnie siostry. Ich mama zmarła i zaczęły się telefony, że ojciec ma dzieci, że się powinien nimi zająć”. Był to wielki cios dla pacjentki, gdyż „do tej pory fajnie się rodzicom układało”. Kolejnym ciosem dla matki było nieudane małżeństwo córki: „szwagier nieciekawy niestety, nie pracował, w domu libacje urządzał”. Te wydarzenia zdaniem syna po-

pchnęły matkę do dwóch prób samobójczych przez powieszenie. Za każdym razem podejmowała je w obecności innych domowników. Wg syna hospitalizacje początkowo przynosiły efekt, jednak pacjentka zawsze odstawała leki i jej stan ulegał pogorszeniu: „tak, że jak ostatnio w ogóle się nie można było z nią dogadać”. Kolejne pobyty kończyły się wypisem na żądanie, bez istotnej poprawy. Syn opowiedział również o około półrocznym epizodzie w życiu matki niedługo po rozwodzie, kiedy zniknęła z domu na długie tygodnie, jeździła pociągiem po Polsce „zadawała się z żułami z dworca, taką czwartą ligą”. Wtedy też prawdopodobnie zdarzył się wypadek, do którego ciągle wracała w rozmowach. Kilukrotnie sprowadzała też do domu mężczyzn: „takich też żuły. Czasem też nie zdążyliśmy wyrzucić w porę, bo buty zabierali do pokoju. Tak sobie myślimy, że się chciała odkuć na tacie”. Zdaniem syna matka ma ogromny dylemat: chciałaby wrócić do męża, ale nie jest w stanie zapomnieć że ją oszukał. Ojca opisywał jako osobę spokojną, zrównoważoną, dobrze zarabiającą w zawodzie kierowcy. Rozwód rodziców, sytuacja matki a także późniejsze ekscesy z jej udziałem są szeroko komentowane przez sąsiadów, którzy pokazują ją palcami i bez przerwy obgadują.

W trakcie dalszego pobytu stan pacjentki pozostawał stabilny. Terapia obejmowała rozmowy wspierające a także spotkania w obecności dwóch synów, kiedy to starano się urealnić obawy pacjentki dotyczące zagrożeń finansowych, odtrącenia przez rodzinę a także zredukować poczucie winy. Kładziono nacisk na edukację rodziny w zakresie specyfiki upośledzenia umysłowego. Po pięciu tygodniach pobytu pacjentkę w ustabilizowanym stanie psychicznym wypisano do domu, a zalecenia farmakoterapii obejmowały doraźne stosowanie hydroksyzyny.

## KOMENTARZ

Pozytywne wyniki leczenia zależą niewątpliwie od trafności rozpoznania. Przedstawione przypadki to jedna z wielu ilustracji, jak trudna może być interpretacja niejasnego obrazu klinicznego i postawienie właściwej diagnozy. Badanie psychiatryczne opiera się w dużej mierze na słownym opisie pacjenta skomplikowanego świata jego wewnętrznych przeżyć, emocji i doświadczeń a współczesne systemy klasyfikacji (ICD-10, DSM-IV) są standaryzowane dla osób z nieupośledzoną sprawnością intelektu [2, 7]. Tymczasem istotną grupę pacjentów lecznictwa psychiatrycznego stanowią osoby z niedomogą intelektualną. Doświadczają one trudności w komunikacji słownej (zarówno w rozumieniu, jak i werbalizacji), myśleniu abstrakcyjnym czy koncentracji uwagi [4]. Innym czynnikiem utrudniającym diagnostykę jest obserwowana u części upośledzonych pacjentów tendencja do fałszywie twierdzących odpowiedzi na pytania badającego, powodowana zakłopotaniem związanym z niezrozumieniem pytania, bądź chęcią usatysfakcjonowania osoby pytającej [1, 4].

Sovner wskazał na cztery niespecyficzne aspekty związane z upośledzeniem umysłowym, wpływające na proces diagnostyczny [7]. Pierwszy z nich to maskowanie psychospołeczne (*psychosocial masking*). Ograniczone doświadczenia społeczne mogą wpływać na obraz objawów np. postawa wielkościowa pacjenta w manii może przejawiać się w przeświadczeniu o umiejętności prowadzenia samochodu. Kolejny aspekt obejmuje nasilenie objawów wyjściowych

(*baseline exaggeration*), kiedy pojawienie się choroby psychicznej może być niedostrzeżone z powodu licznych wcześniejszych nieprawidłowych zachowań, ulegających wskutek choroby nasileniu np. wzrost częstości samookaleceń czy zachowań agresywnych w przypadku epizodu afektywnego. Pojęcie zniekształcenia intelektualnego (*intellectual distortion*) odnosi się do konkretyzacji myślenia oraz zaburzenia komunikacji własnych przeżyć np. pacjent może informować, że czuje strach, podczas gdy w rzeczywistości odczuwa złość. Dezintegracja poznawcza (*cognitive disintegration*) oznacza wywołaną lękiem dekompensację wskutek zmniejszonych możliwości tolerowania nieznacznego stresu. Dezintegracja zachowania oraz wypowiedzi bywa błędnie interpretowana jako objaw psychozy.

Jako jedna z głównych barier w uzyskiwaniu adekwatnej pomocy psychiatrycznej wskazywane jest zjawisko przysłonięcia diagnostycznego (*diagnostic overshadowing*) [6, 8]. Dotyczy sytuacji, kiedy wysuwające się na pierwszy plan objawy upośledzenia umysłowego maskują obecność współistniejących zaburzeń psychicznych. Z drugiej strony część pacjentów, zwłaszcza z upośledzeniem lekkim lub granicznym, uczy się ukrywać niedomogę poznawczą (*passing for normal*) w celu uniknięcia stygmatyzacji i odrzucenia społecznego [4, 6].

W przekonaniu autorów, niektóre spośród wymienionych zjawisk można odnaleźć w przedstawionych opisach (tabl. 1). W przypadku obojga pacjentów mieliśmy do czynienia z wcześniejszymi diagnozami procesu rozszczepionego. Problemy natury poznawczej u pierwszego pacjenta, choć dostrzeżone wcześniej, były interpretowane jako wtórne do procesu schizofrenicznego. W przypadku pacjentki kwestia niedomogi intelektualnej pozostawała do tej pory zupełnie ukryta, przesłonięta przez barwną psychopatologię okresów dekompensacji.

Literatura daje pewne uniwersalne wskazówki dotyczące postępowania diagnostycznego, szczególnie istotne, gdy ze względu na nieswistość objawów i niejasny obraz kliniczny istnieje ryzyko popełnienia błędu. Najistotniejsze z nich to powstrzymanie się od ostatecznej diagnozy już w warunkach izby przyjęć i odroczenie do czasu uzyskania szerszego materiału z bezpośredniej obserwacji, zebranie wiedzy o pacjencie z wszelkich możliwych źródeł, unikanie w badaniu pytań sugerujących a także używanie języka adekwatnego do możliwości intelektualnych pacjenta [1, 2]. Należy oczywiście pamiętać o kwestii możliwego deficytu intelektu, jego wpływie na obraz symptomów, czy w końcu o upośledzeniu jako możliwości podstawowego rozpoznania.

Duże znaczenie w procesie diagnostycznym ma uwzględnienie czynników socjalnych i interpersonalnych. Osoby upośledzone zmuszone są stawiać czoła wielu barierom społecznym. Cierpią z powodu stygmatyzacji, uprzedzeń czy w końcu odrzucenia przez innych [4, 6]. Często jest niedostateczne wsparcie najbliższych, nadmierne oczekiwania stawiane przez otoczenie. Czynniki te a także występująca często organiczna predyspozycja przyczyniają się do zwiększonej wrażliwości na stresujące wydarzenia życiowe, mogące wyzwać objawy psychopatologiczne [2, 4, 5, 6]. Z kolei sposób ujawniania zaburzeń lękowych zawiera u pacjentów upośledzonych częściej elementy prześladowcze, dziwaczne oraz zmniejszony krytycyzm wobec objawów [5].

Opisany pacjent niewątpliwie długo i skutecznie starał się ukrywać trudności poznawcze. Pragnął realizować marzenia matki dotyczące zdobycia wyższego wykształcenia, w jej przekonaniu niezawodnego sposobu, by uniknąć w życiu przegranej. Krocząc tą drogą skazany był na permanentną frustrację. Podobnie nierealistyczne było wspierane przez matkę przekonanie pacjenta, że aby nie upodobnić się do ojca, on sam musi całkowicie pozbyć się pierwiastka agresji. Gdy pojawiły się objawy, doświadczana przez niego trudność w opisanu przeżyć połączona z niezwykle realistycznością wyobrażeń, które nie poddawały się kontroli ani racjonalizacji, skutkowały rozpoznaniem psychozy.

Pogorszenia stanu psychicznego pacjentki wywołał stresem do złudzenia imitowały chorobę psychiczną. Dezorganizacja myślenia, nierealistyczna relacja o krzywdach i prześladowaniach czy twierdzące odpowiedzi na pytania dotyczące objawów wytwórczych skłaniały ku rozpoznaniu schizofrenii. Powstrzymanie się od niezwłocznej psychofarmakoterapii, poszerzenie diagnostyki, zwrócenie uwagi na psychospołeczny kontekst objawów a także wywiad dodatkowy doprowadziły jednakże do zmiany spojrzenia na problem pacjentki.

U obojga pacjentów jako istotny element leczenia zastosowano oddziaływania pozafarmakologiczne. Właśnie łączenie farmakoterapii z oddziaływaniami psychoterapeutycznymi, doradczymi i psychoedukacją, służące lepszej identyfikacji potrzeb pacjenta, poprawie komunikowania uczuć, lepszemu radzeniu sobie z wewnętrznymi konfliktami oraz zewnętrznym stresem uważane są za najskuteczniejsze w terapii zaburzeń lękowych i problemów adaptacyjnych u osób upośledzonych [1, 2, 8].

Dopiero dłuższa obserwacja szpitalna przyniesie odpowiedź na pytanie o trwałość poprawy stanu psychicznego opisanych osób. Jednak w przekonaniu autorów, już samo ustalenie trafniejszego rozpoznania daje szansę na bardziej skuteczne leczenie i zmniejszenie ryzyka efektów niepożądanych leczenia przeciwpsychotycznego.

## PIŚMIENNICTWO

1. Silka VR, Hauser MJ. Psychiatric assessment of the person with mental retardation. *Psychiatr Ann.* 1997; 27 (3): 162–169.
2. Cooray E, Bakala A. Anxiety disorders in people with learning disabilities. *Adv Psychiatr Treat.* 2005; 11: 355–361.
3. Fletcher RJ, Poindexter AR. Current trends in mental health care for persons with mental retardation. *J Rehabil.* 1996; 62: 23–26.
4. Hurley AD. Identifying psychiatric disorders in persons with mental retardation: a model illustrated by depression in Down syndrome. *J Rehabil.* 1996; 62: 27–33.
5. Masi G. Psychiatric illness in mentally retarded adolescents: clinical features. *Adolescence.* 1998; 33: 425–434.
6. Fletcher R, Loschen E, Stavrakaki C, First M. *Diagnostic Manual – Intellectual Disability (DM-ID): A Textbook of Diagnosis of Mental Disorders in Persons with Intellectual Disability.* Kingston, New York: NADD Press; 2007.
7. Sovner R. Limiting factors in using DSM-III criteria with mentally ill/mentally retarded persons. *Psychopharmacol Bull.* 1986; 22: 1055–1059.
8. Reiss S, Levitan GW, Szyszko J. Emotional disturbance and mental retardation: Diagnostic overshadowing. *Am J Ment Def.* 1982; 87: 396–402.

Nadesłano: 22.01.2008 Zrecenzowano: 13.02.2008 Przyjęto: 19.05.2008

Adres: Dr Radosław Stepańczak, Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, ul. Ziołowa 45/47, 40-635 Katowice, e-mail: stepanczakr@gazeta.pl