



Samoamputacja ręki – drastyczny przypadek samouszkodzenia u pacjenta psychotycznego

Self-amputation of a hand – a drastic case of self-mutilation in a psychotic patient

PIOTR BARANOWSKI¹, TOMASZ PAWŁOWSKI¹, JERZY JABŁECKI²

Z: 1. Katedry i Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej we Wrocławiu
2. Ośrodka Replantacji Kończyn, Mikrochirurgii, Chirurgii Ręki i Chirurgii Ogólnej w Trzebnicy

STRESZCZENIE

Cel. Samoamputacja to drastyczny rodzaj samouszkodzenia, rzadko podejmowany przez osoby chore psychicznie. Skuteczność postępowania chirurgicznego w dużym stopniu zależy od stanu psychicznego pacjenta.

Przypadek. Opisano przebieg leczenia pacjentki, która pod wpływem halucynacji słuchowych dokonała samoamputacji lewej ręki.

Komentarz. Objawy psychotyczne, które przyczyniły się do samouszkodzenia, nie miały istotnego wpływu na postępowanie chirurgiczne i efekty podjętych działań rehabilitacyjnych. Wydaje się, że ze względu na konieczność długotrwałego leczenia pacjentów po samoamputacji w oddziale chirurgicznym, wskazane byłoby szkolenie personelu w zakresie podstaw psychiatrii.

SUMMARY

Objective. Self-amputation is a drastic type of self-mutilation seldom undertaken by the mentally ill. Efficiency of surgical treatment depends to a large extent on the patient's mental state.

Case. The paper reports the treatment of a female patient who self-amputated her left hand under the influence of auditory hallucinations.

Commentary. Psychotic symptoms that contributed to her self-mutilation had no significant effect either on the surgical management of this case or on effects of her rehabilitation. Since a long-term treatment of self-amputees at the surgery department is necessary, it seems that the staff members should have some training in rudiments of psychiatry.

Słowa kluczowe: samouszkodzenia / samoamputacja / psychoza / replantacja kończyn

Key words: self-mutilation / self-amputation / psychosis / limb replantation

Osoby z zaburzeniami psychicznymi dość często kierują agresję przeciwko własnemu ciału. Działaniom auto-destrukcyjnym sprzyjają szczególnie zaburzenia osobowości oraz nadużywanie substancji psychoaktywnych. Do tak drastycznych samouszkodzeń, jak samoamputacja kończyny, dochodzi rzadko i są one podejmowane przez osoby cierpiące na zaburzenia psychotyczne lub depresyjne często w stanie odurzenia alkoholem lub narkotykami [1]. W latach 1966–2002 opisano w literaturze 22 przypadki samoamputacji kończyn dokonanych przez chorych psychicznie [2, 3]. Pacjenci po samoamputacji są zwykle przyjmowani do specjalistycznych ośrodków chirurgicznych. Niezwłocznie podjęty zabieg operacyjny decyduje o przyszłości chorego. Zaniechanie replantacji kończyny lub niepowodzenie podczas zabiegu powoduje znaczny stopień inwalidztwa lub poważnie pogłębia inwalidztwo spowodowane chorobą psychiczną. W większości opisanych przypadków przeprowadzone zabiegi replantacji zakończyły się sukcesem.

Postępowanie chirurgiczne u osób po samoamputacji jest w znacznym stopniu warunkowane stanem psychicznym chorego. Podejmując decyzję o zabiegu chirurgicznym poza stanem fizycznym powinien uwzględnić nasilenie objawów psychotycznych, szczególnie omamów imperatywnych nakłaniających do samouszkodzeń, ponieważ ich realizacja może zniweczyć efekt zabiegu replantacji kończyny. Ponadto, kwalifikując do zabiegu należy ocenić krytycyzm pacjenta wobec zaburzeń psychicznych, dotychczasowy przebieg schorzenia, używanie środków odurzających, jak również oszacować ryzyko zachowań autoagresywnych oraz możliwości współpracy w terapii i koniecznej skomplikowanej rehabilitacji po zabiegu operacyjnym. Jest to zadanie dość trudne, ponieważ informacje dostępne w chwili przyjęcia chorego na oddział urazowy, dotyczące jego przeszłości chorobowej, sposobu leczenia itp. są zwykle niepełne, a możliwość uzyskania natychmiastowej konsultacji psychiatrycznej praktycznie żadna. Po zabiegu

pacjenci wymagają leczenia psychiatrycznego, które przez kilka tygodni musi być prowadzone w ramach konsultacji na oddziale chirurgicznym [4].

Praca prezentuje opis pacjentki operowanej w Ośrodku Replantacji Kończyn, Mikrochirurgii i Chirurgii Ręki w Trzebnicy we wrześniu 2002 r., która pod wpływem halucynacji słuchowych dokonała samoamputacji ręki.

OPIS PRZYPADKU

J.T., kobieta, lat 52. Wychowała się w rodzinie wielodzietnej. Rodzice utrzymywali się z własnego gospodarstwa rolnego, zmarli nim chora ukończyła drugi rok życia. Wychowywała się pod opieką dużo starszego rodzeństwa. Uczyła się przeciętnie, naukę przerwała w II klasie LO by podjąć pracę zarobkową, do której zmuszała ją trudna sytuacja finansowa rodziny. Przepracowała 18 lat jako dyspozytor PKP, a następnie 7 lat jako ekspedientka. Zwolniła się z pracy i wyjechała do Niemiec, aby pomóc córce prowadzić dom i zajmować się wychowywaniem dzieci. Przed trzema laty wróciła do Polski, nie pracuje, utrzymuje się z renty po zmarłym mężu. Wyszła za mąż w 18 roku życia – owdowiała przed 5 laty. Mąż chorował na cukrzycę, miał amputowane obie nogi. Zmarł bezpośrednio po zabiegu operacyjnym. Ze związku ma 2 dzieci. Dorosły syn jest w trudnej sytuacji, nie pracuje, ma na utrzymaniu rodzinę, nadużywa alkoholu. Zamieszkuje w tej samej miejscowości. Córka od wielu lat mieszka i pracuje za granicą. Od 3 lat rzadko kontaktuje się z matką, ma do niej żal, ponieważ ta przekazuje pieniądze bratu, który je przepija. Pacjentka ma wrażenie, że córka jej unika, kiedy przyjeżdża do Polski, woli spotykać się z kuzynką niż z matką. Nie była karana.

W dzieciństwie, w wyniku upadku, doznała urazu głowy z krótkotrwałą utratą przytomności. Operowana w 2001 r. z powodu choroby wrzodowej żołądka, bez powikłań. Innych chorób nie wymienia. Do czasu samoamputacji nie była leczona psychiatrycznie ani odwykowo.

Od kilku lat miała wrażenie, że kuzynka zachowuje się wobec niej złośliwie, dzwoni do drzwi, rozsypuje piasek w pokoju, w nocy okrada ją, np. „wywiozła telewizor”. Przed 2 laty podczas spotkania rodzinnego pod wpływem alkoholu wdała się w bójkę z kuzynką, która zakończyła się interwencją policji. Badana utrzymuje, że została napadnięta i musiała się bronić. Kuzynka oraz córka wielokrotnie bez efektu nakłaniały ją do ograniczenia picia alkoholu. Również chirurg po operacji żołądka zalecał abstynencję alkoholową. Mimo to, w ostatnim roku alkohol piła dość często, zwykle kilka razy w tygodniu. Często zdarzało się, że piła alkohol, najczęściej piwo, już w godzinach porannych. W ostatnich miesiącach kupowała alkohol za pieniądze pożyczane w lombardzie pod zastaw osobistej biżuterii. Była zmuszona oszczędzać na jedzeniu, aby wystarczyło na zakup piwa. Bagatelizuje skutki używania alkoholu, nie czuje się uzależniona. Kilka dni przed wypadkiem

złe się czuła, słyszała „głosy”, które oskarżały, groziły eksmisją z mieszkania, leczeniem psychiatrycznym. W dniu poprzedzającym wypadek wypłała z synem 0,5 l wódki. W dniu wypadku od rana słyszała wyraźne „głosy”, które kazały jej podciąć sobie żyły. Kiedy kroila nożem chleb odcięła sobie rękę, nie potrafi powiedzieć, dlaczego to zrobiła. Nigdy wcześniej nie dokonywała samouszkodzeń, nie podejmowała również prób samobójczych. Ocknęła się z krwotokiem, nie pamięta dokładnie okoliczności zdarzenia, ani jak znalazła się w szpitalu.

Przyjęta 3.09.2002 r. do Ośrodka Replantacji Kończyn, Mikrochirurgii, Chirurgii Ręki i Chirurgii Ogólnej w Trzebnicy. Podczas przyjęcia do oddziału, przytomna, podała, że „głosy” zmusiły ją do odcięcia sobie ręki. Stwierdzono prawie całkowitą amputację lewej ręki na wysokości stawu promieniowo-nadgarstkowego. Operowana w trybie pilnym tego samego dnia. Dokonano replantacji ręki. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Po wybudzeniu spokojna nie obserwowano dziwacznych wypowiedzi oraz zachowań.

Konsultowana psychiatrycznie 3 dni po zabiegu (6.09.2002 r.). Badana przy użyciu M.I.N.I. (Wersja 5.0.0).

Stan psychiczny: Badana przy łóżku. Wyraziła zgodę na badanie psychiatryczne. Osłabiona, przytomna, orientacja pełna. Podejmowała kontakt słowny. Udzieliła chronologicznego wywiadu. Tok wypowiedzi nie wykazywał cech rozkojarzenia. Wyraźnie unikała udzielania odpowiedzi na pytania związane z używaniem alkoholu. Zaprzeczała doznaniom omamowym, nie wypowiadała urojeń. Niechętnie opisywała nieznane sobie, nieprzyjemne „głosy” nakłaniające do podcięcia sobie żył w dniach poprzedzających wypadek. Po zabiegu operacyjnym głosy nie pojawiały się. Ujawniała bezkrytycyzm wobec objawów psychotycznych. Nastrój nieznacznie obniżony, afekt dobrze modulowany, dostosowany do wypowiadanych treści. Martwiła się skutkami wypadku, perspektywą niesprawności. Wykluczała zamiary samobójcze w trakcie badania oraz w przeszłości. Funkcje mnesticzne bez cech deficytu. Intelpekt adekwatny do wykształcenia. Na podstawie wywiadu oraz przeprowadzonego badania rozpoznano: zaburzenie psychotyczne głównie omamowe spowodowane używaniem alkoholu. Zalecono chloropromazynę do 150 mg/die.

Kolejna konsultacja odbyła się w 13 dniu po zabiegu operacyjnym (16.09.2002 r.). Stan psychiczny oceniono jako dobry. Nastrój wyrównany, nie stwierdzono objawów wytwórczych psychozy. Pacjentka nadal bezkrytycznie odnosiła się do przeżyć psychotycznych oraz objawów uzależnienia od alkoholu. Tolerancja chloropromazyny prawidłowa. Utrzymano leczenie farmakologiczne. W oddziale chirurgicznym podczas całego leczenia nie odnotowano występowania objawów psychotycznych, wyraźnych zaburzeń nastroju oraz tendencji autoagresywnych czy agresywnych. Pacjentka współpracowała w zabiegach terapeutycznych i rehabilitacyjnych. Przyjmowała zalecane leki. Rodzina chorej nie zgłaszała się do szpitala. Wypisano po pięciodniowej hospitalizacji z zaleceniem dalszej rehabilitacji, kontynuowania

leczenia psychiatrycznego oraz podjęcie leczenia w poradni odwykowej. Gojenie rany oraz efekty rehabilitacji oceniano jako dobre.

KOMENTARZ

Przedstawiony przypadek poszerza niewielką dotychczas grupę opisanych samoamputacji kończyn podejmowanych przez chorych psychicznie. Brak wywiadu obiektywnego nie pozwala na dokładną analizę dynamiki zaburzeń psychicznych i ich związku z używaniem alkoholu. Objawy psychiatryczne występowały krótko, prawdopodobnie ustąpiły po dokonanej samoamputacji lub też po zabiegu operacyjnym i nie powróciły przez kolejne 5 tygodni pozostawania chorej w oddziale chirurgicznym. Nie obserwowano innych objawów zaburzeń psychicznych, stąd należy przyjąć, że powodem samoamputacji były nasilone omamy imperatywne oraz odurzenie alkoholem. Trudno wyjaśnić nagłe ustąpienie objawów, wg Favazza samoamputacja może być próbą przeciwdziałania silnym impulsom agresywnym lub autoagresywnym, swoistą ochroną przed samobójstwem [5]. Objawy psychiatryczne, które przyczyniły się do podjęcia samouszkodzenia nie miały istotnego wpływu

na postępowanie chirurgiczne i efekty pojętych działań rehabilitacyjnych.

Pacjent po tak dramatycznym samouszkodzeniu, ze względu na wymogi skomplikowanej rehabilitacji, pozostaje zwykle w oddziale chirurgicznym i często budzi obawy personelu, co do dalszych zachowań auto-destrukcyjnych lub agresywnych. Stąd wskazane może być szkolenie pracowników oddziałów mikrochirurgii z zakresu psychiatrii.

PIŚMIENNICTWO

1. Ahmadi A, Hirschberg E. Indications for replantation in psychiatric patients exemplified by hand replantation in a patient with schizophrenia. *Handchir Mikrochir Plast Chir* 1990; 22: 46–51.
2. Jaffe S, Earle AS, Fleegler EJ. Replantation of amputated extremities: report of 5 cases. *Ohio State Med J* 1975; 71: 381–6.
3. Scholzman S. Upper extremity self-amputation and replantation: 2 case reports and review of the literature. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 681–6.
4. Strain JJ, De Muth GW. Care of psychotic self-amputee undergoing replantation. *Ann Surg* 1983; 25: 143–7.
5. Favazza AR. *Bodies under siege*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1987.

*Adres: Dr Piotr Baranowski, Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej, ul Pasteura 10, 50-367 Wrocław,
e-mail: pbaranow@dilnet.wroc.pl*