



Zespół stresu pourazowego u pacjentki ze schizofrenią – opis przypadku

Posttraumatic stress disorder (PTSD) in a patient with schizophrenia – case report

BEATA RAJCZYK

Z Poradni Zdrowia Psychicznego Centrum Psychiatrycznego Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „ZDROJE” w Szczecinie

STRESZCZENIE. *Opis przypadku pacjentki, która w trakcie pierwszego epizodu schizofrenii paranoidalnej została wykorzystana seksualnie. W okresie remisji psychozy pojawiły się u pacjentki objawy zespołu stresu pourazowego, które niekorzystnie wpłynęły na dalsze leczenie – odstawiła neuroleptyk, doszło do zaostrzenia psychozy. Bliższe omówienie urazu umożliwiło pacjentce dalsze skuteczne leczenie schizofrenii.*

SUMMARY. *A case is presented of a female patient who had been a victim of sexual abuse in the course of her first episode of paranoid schizophrenia. In consequence of PTSD symptoms that developed during remission, the patient discontinued treatment with neuroleptics which was followed by an exacerbation of her psychotic disorder. Further successful treatment of schizophrenia was possible when the past trauma had been thoroughly discussed with the patient.*

Słowa kluczowe: schizofrenia / zespół stresu pourazowego / opis przypadku

Key words: schizophrenia / posttraumatic stress disorder / case report

Zaburzenie stresowe pourazowe powstaje jako opóźniona lub przedłużona reakcja na stresujące wydarzenie lub sytuację o charakterze wyjątkowo zagrażającym lub katastrofalnym, które mogłyby prawie dla każdego stanowić głęboko przejmujące nieszczęście (np. klęska żywiołowa, poważny wypadek, gwałt czy inne przestępstwo). Takie czynniki predysponujące, jak cechy osobowości czy wcześniejsze dekompensacje nerwicowe mogą obniżać próg reakcji lub zaostrzyć przebieg zaburzeń. Objawy obejmują epizody powtarzającego się przeżywania na nowo urazu w natrętnych wspomnieniach lub snach, uporczywe poczucie „odrętwienia” uczuciowego, izolowanie się od innych ludzi, anhedonię. Pospolite są obawy przed wspomnieniami przypominającymi pacjentowi uraz oraz ich unikanie. Zazwyczaj wy-

stępuje stan nadmiernego pobudzenia ze wzmocnieniem czuwania, odruchem orientacyjnym oraz bezsennością. Z powyższymi objawami często wiąże się lęk i depresja [1]. Osoby znajdujące się w ostrej psychozie są szczególnie bezbronne, łatwo mogą stać się ofiarą takich przestępstw, jak np. gwałt lub też wykorzystania ich objawów psychotycznych w celu seksualnym.

OPIS PRZYPADKU

Pacjentka. trafiła na Oddział Psychiatrii Dzieci i Młodzieży w lutym 1998 r. z powodu występujących od 3 dni objawów psychotycznych: halucynacji słuchowych (głos Boga) i urojeń posłannictwa religijnego. Dziewczyna nie spała w nocy, uciekała z domu, przywieziona przez rodziców w sta-

nie pobudzenia psychoruchowego. W oddziale rozpoznano u pacjentki zespół paranoidalny, włączono leczenie: perazyną i lewopromazyną w iniekcjach. W tym czasie w oddziale przy pacjentce prawie cały czas byli obecni rodzice, którzy po kilku dniach zgłosili lekarzowi prowadzącemu, że od czasu, kiedy córka przebywa w szpitalu, do ich mieszkania kilkakrotnie w ciągu dnia dzwoni mężczyzna, domagając się rozmowy z córką, a pod bramą ich bloku zauważyli stojący codziennie samochód, w którym ktoś czeka. Zapytali córkę o tego człowieka, a ona stwierdziła, że poznała go, kiedy uciekła na noc z domu, wtedy rozdała ludziom na ulicach swoje rzeczy, rozebrała się do naga i usiadła pod drzewem na pętli tramwajowej. Tam zatrzymał się samochód (opisała jego wygląd, który zgadzał się z opisem samochodu, który stał pod ich domem) i mężczyzna zaproponował jej odwiezienie do domu, zabrał jej ubranie, ale nie pozwolił się ubrać, powiedziała mu „że jest Matką Boską”, on zaś nakłonił ją do stosunku mówiąc, że „jest Duchem Świętym”, bała się go i zrobiła, co kazał, potem odwiózł ją do domu, podała mu swój adres i telefon.

Historię opowiedzianą rodzicom pacjentka powtórzyła z tymi samymi szczegółami na badaniu lekarskim po ok. 2 tygodniach leczenia, kiedy ustąpiły halucynacje i urojenia. W tym czasie nadal trwały natarczywe telefony do domu pacjentki. Pacjentka po 5 tygodniach leczenia szpitalnego uzyskała pełną remisję i w rozmowie z rodzicami i lekarzami stwierdziła, że obawia się tego człowieka, uważała, że została skrzywdzona, a ten człowiek powinien zostać ukarany. Uważała, że czuje się na tyle dobrze, że może znieść całą procedurę prawną. Rodzice na prośbę nieletniej wówczas jeszcze córki skierowali sprawę do Prokuratury. Po miesiącu po wypisie ze szpitala została zbadana przez biegłych psychiatrów i psychologa, którzy potwierdzili wiarygodność jej zeznań i uznali, że może brać udział w postępowaniu. Pacjentka złożyła w Prokuraturze ze-

znania w obecności psychologa. Sprawa trafiła do sądu. W tym czasie pacjentka nadal czuła się dobrze, była skupiona na nadrabianiu zaległości w szkole, utrzymywała też kontakt z przyjaciółmi. Ukończyła III klasę liceum. Natomiast w 5 miesięcy od momentu wykorzystania seksualnego zgłosiła, że ma problemy z chłopakiem, czuła się winna, wstydziła się tego, że współżyła z obcym mężczyzną, bała się też i odczuwała niechęć do zbliżeń. Często miewała sny o treści przypominającej uraz, obawiała się wychodzić sama z domu, często wydawało się jej, że widzi na ulicy „tego mężczyznę”, odczuwała lęk na widok podobnych samochodów. Jednocześnie, poza tym nie można było stwierdzić w jej stanie psychicznym objawów psychotycznych w znaczeniu omamów, urojeń i rozkojarzenia, zachowywała się w sposób dostosowany, jej wypowiedzi były w pełni logiczne. Rozpoznano u pacjentki zespół stresu pourazowego, do podstawowego leczenia (riseridon) dołączono okresowo alprazolam, dostarczając też pacjentce regularnego wsparcia. Pacjentka oczekiwała, że rozprawa w sądzie, na której będzie zeznawać zakończy jej problemy i jej krzywdziciel zostanie ukarany. W momencie powrotu do szkoły jej stan uległ poprawie, skupiła się na nauce i przygotowaniach do matury. Po rozstaniu z chłopakiem spędzała dużo czasu z przyjaciółmi z klasy. Kiedy na początku grudnia 1998 r. przyszło wezwanie na rozprawę, jej samopoczucie znów się pogorszyło, stała się drażliwa, napięta, przed rozprawą przez kilka dni brała dodatkowo alprazolam. Pierwsza rozprawa w sądzie nie odbyła się, gdyż oskarżony nie przybył z powodu złego stanu zdrowia, rozprawę odłożono, co bardzo pacjentkę zdenerwowało i rozczarowało. Bała się, że rozprawa może jej przeszkodzić w trakcie matury. Nie poczuła się bezpiecznie nawet wtedy, kiedy rodzice wniesli do sądu prośbę o odłożenie rozprawy do czasu zakończenia jej egzaminów. Pacjentka pozostawała w remisji psychozy, natomiast nasiliły się objawy lękowe, dysfo-

ria, nie chciała rozmawiać o swoich uczuciach na spotkaniach z lekarzem, okazywała też zniecierpliwienie faktem, że musi brać nadal neuroleptyk, nie wierzyła, że może dojść do nawrotu zaburzeń psychiatrycznych. W 2 miesiące przed maturą chciała zmienić lekarza, motywując to faktem, że krępują ją rozmowy z lekarzem, który zna jej „wstydliwą tajemnicę”, liczyła też na to, że może nowy lekarz odstawi jej leki. Jednakże, pomimo tych wątpliwości, zdecydowała pozostać pod opieką dotychczasowego lekarza. Na 2 tygodnie przed maturą pacjentki doszło do zaostrzenia objawów choroby, pojawiły się urojenia o podobnej treści jak w pierwszym epizodzie, pacjentka przyznała, że zaczęła odstawiać leki i popijać alkohol, aby zapomnieć o tym koszmarze, który czeka ją na rozprawie, twierdziła, że ostatnio wspomnienia stały się zbyt wyraźne i bolesne, chciała od nich uciec. Intensywne leczenie ambulatoryjne (olanzapina, klorazepat) i troskliwa opieka rodziny umożliwiły pacjentce ukończenie egzaminów maturalnych. Po maturze pacjentka pogodziła się z koniecznością kontynuowania farmakoterapii, zależało jej na podjęciu dalszej nauki na studiach. Podjęła naukę w systemie wieczorowym, regularnie brała leki, nadal jednak odczuwała silny niepokój w związku z toczącą się sprawą, bała się konfrontacji ze sprawcą, bała się też, że nie znieśie kolejnego odroczenia, chciała już o wszystkim zapomnieć. W związku z tym lekarz prowadzący zdecydował, że nie powinna uczestniczyć w kolejnej rozprawie ze względu na ryzyko zaostrzenia się objawów schizofrenii. Ponowne badanie biegłych na wniosek sądu zdecydowało o wyłączeniu pacjentki z uczestnictwa w postępowaniu sądowym. Pacjentka uspokoiła się i znów skupiła się na nauce. Jednakże kolejny nawrót wspomnień pojawił się w kwietniu 2000 r., kiedy to dostała od koleżanki na urodziny chustkę w kolorze samochodu sprawcy, wywołało w niej to znów silną falę wspomnień, które spowodowały znaczne obniżenie nastroju. Pacjentka zgło-

siła się do lekarza prowadzącego, „aby porozmawiać szczerze o wszystkich swoich uczuciach i problemach”. W ciągu trzech kolejnych cotygodniowych spotkań pacjentka opowiedziała szczegółowo o swoich przeżyciach związanych z wykorzystaniem seksualnym i postępowaniem sądowym, dużo płakała, czego nigdy wcześniej nie robiła podczas spotkań z lekarzem. Ujawniła też, jak ogromną trudnością było dla niej zaakceptowanie faktu, że jest chora psychicznie i że ta właśnie choroba była powodem tego, że pozwoliła się wykorzystać obcemu człowiekowi. Odstawiła leki również po to, aby się przekonać, czy naprawdę jest chora na schizofrenię, kiedy okazało się, że tak, była rozczarowana, ale zrozumiała, że to oznacza również, iż nie ponosi winy za to, co się stało, a kontrolując chorobę za pomocą leków przestała być potencjalną ofiarą.

Od czasu tej rozmowy pacjentka pozostaje w pełnej remisji, regularnie bierze leki, jest szczerą i otwartą w kontakcie z lekarzem oraz na bieżąco omawia wszystkie pojawiające się problemy. Jest w satysfakcjonującym związku z mężczyzną, który akceptuje ją wiedząc o chorobie, kontynuuje studia. Nie wie natomiast, jak dalej potoczyła się sprawa w sądzie, czasami się zastanawia czy gdyby zdecydowała się na uczestnictwo w rozprawach miałaby szansę doprowadzić do ukarania sprawcy i na ile takie zakończenie sprawy przyniosłoby jej ulgę, a na ile ryzykowałaby kolejny nawrót choroby. Ta kwestia nadal pozostaje otwarta, pacjentka nie podjęła jeszcze ostatecznej decyzji.

KOMENTARZ

1. Osoba w stanie ostrej psychozy jest szczególnie narażona na wykorzystanie seksualne, a takie zdarzenie w przebiegu choroby łatwo jest przeoczyć, uznając opowieść chorego za treści urojeniowe – tak mogło stać się i w tym przypadku, gdyby sprawca nie nękał rodziny pacjentki telefonami i wyczekiwaniem przed domem.

2. Wykorzystanie seksualne w przebiegu psychozy wpływa niekorzystnie na proces leczenia, może powodować zarówno zaburzenia reaktywne o charakterze PTSD, jak i doprowadzić do zaostrzenia procesu psychotycznego (odstawienie leków i alkohol jako „ucieczka przed wspomnieniami”).
3. Włączenie postępowania sądowego wobec sprawcy wykorzystania działa jako „miecz obosieczny” – z jednej strony daje pacjentowi poczucie, że jego krzywda jest traktowana poważnie i ma prawo do zadośćuczynienia, ale jednocześnie cała procedura sądowa może być ogromnym stresem nieraz pogłębiającym jeszcze objawy PTSD lub wyzwalającym nawrót psychozy.
4. Omawianie urazu seksualnego z pacjentem psychotycznym jest bardzo trudne, może spotykać się ze znacznym oporem zarówno ze strony samego pokrzywdzonego, jak i lekarza, który obawia się pogorszenia stanu pacjenta, ale jednocześnie może być konieczne, aby pomóc pacjentowi uwolnić się od poczucia winy i wstydu.

PIŚMIENNICTWO

1. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Kraków – Warszawa: Uniw Wyd Med „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1997.

Adres: Dr Beata Rajczyk, Poradnia Zdrowia Psychicznego Centrum Psychiatrycznego Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „ZDROJE”, ul. Żołnierska 55, 71-210 Szczecin