

Przewlekła psychoza omamowo-urojeniowa o etiologii egzogennej czy schizofrenia? - opis przypadku

Persistent hallucinational-delusional psychosis of exogenous aetiology or schizophrenia? - case study

Agnieszka Kowal-Popczak¹_{B,E,F}, Kamila Podiasek-Bosak²_{B,E,F}, Janusz Perzyński¹_{A,D}

¹ Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

² NZOZ Poradnia Psychologiczna, Ośrodek Rehabilitacji i Terapii dla Dzieci Niepełnosprawnych w Biłgoraju

Streszczenie

W pracy przedstawiono opis przypadku 33-letniego pacjenta, 33-krotnie hospitalizowanego psychiatrycznie, który został skierowany na leczenie do Kliniki Psychiatrii w Lublinie z rozpoznaniem Schizofrenia paranoidalna (F20.0 wg ICD-10). W oparciu o wnikliwy wywiad, badania psychiatryczne i psychologiczne oraz przeprowadzoną rewizję niemal całej dokumentacji psychiatrycznej (32 szpitalnych historii chorób oraz 1 karty informacyjnej) zweryfikowano utrzymywaną przez wiele hospitalizacji diagnozę schizofrenii rozpoznając u pacjenta Przewlekłą psychozę omamowo – urojeniową o etiologii egzogennej (alkohol, marihuana, amfetamina, LSD, BDZ) oraz osobowość dyssocjalną.

Słowa kluczowe: halucynozja, psychoza omamowo – urojeniowa o etiologii egzogennej, osobowość dyssocjalna, różnicowanie

Abstract

In the work a case study of a thirty-three-year-old patient was presented, hospitalised psychiatrically 33 times, who was referred to treatment at the Department of Psychiatry of the Medical University of Lublin diagnosed with paranoid schizophrenia (F20.0 ICD-10). On the basis of a detailed interview, a number of psychiatric and psychological tests, a revision was made of almost entire psychiatric history (32 medical case records and 1 hospital discharge summary report), the schizophrenia diagnosis, which was maintained for numerous hospital stays, was verified the patient being diagnosed with persistent hallucinational-delusional psychosis of exogenous aetiology (alcohol, marijuana, amphetamine, LSD, BDZ) and dissocial personality disorder.

Keywords: halucynosis, persistent hallucinational-delusional psychosis of exogenous aetiology, dissocial personality disorder, differential diagnosis

Wstęp

Pan F., 33-letni pacjent, był 33-krotnie hospitalizowany psychiatrycznie. Został przeniesiony do Kliniki Psychiatrii w Lublinie ze szpitala rejonowego w związku z trudnościami w leczeniu celem „wykonania zabiegów elektrycznych z powodu nieskuteczności farmakoterapii”.

W dniu przyjęcia do Kliniki Psychiatrii w Lublinie powiedział: *„choruję na schizofrenię paranoidalną ... i ... moje serce krwawi w relacjach z matką – chciałbym się zbliżyć do niej, ale nie wiem jak”*. Przeżył wiele kuracji farmakologicznych i kuracji zabiegami elektrycznymi, ale *„głosy, niepokoje i lęk”* nadal powracają z różnym, często gwałtownym i dużym nasileniem.

Zainteresowani dynamiką objawów chorobowych pana F., skompletowaliśmy niemal całą dokumentację – 32 szpitalne historie chorób oraz 1 kartę informacyjną z 33 hospitalizacji (pełnej historii choroby nie udało się uzyskać z przyczyn niezależnych od nas).

Cel pracy

Artykuł przedstawia opis przypadku pacjenta z wieloletnim przebiegiem psychozy omamowo – urojeniowej o etiologii egzogennej. Zwraca szczególną uwagę na trudności diagnostyczne.

Niniejszy opis przypadku opracowano na podstawie badań psychiatrycznych pacjenta podczas ostatniej hospitalizacji w Klinice Psychiatrii w Lublinie, a także na podstawie informacji ustnych zebranych zarówno od pacjenta jak i jego babci oraz ojczyma. W analizie dynamiki objawów psychopatologicznych uwzględniono zapisy zawarte w archiwalnych historiach chorób. Przeprowadzone wywiady oraz analiza każdej kolejnej historii choroby pana F. dokładały nam kolejny element w układance *„historii jego zaburzenia”*.

Opis przypadku

Pan F. pochodzi z rozbitej rodziny. Jego rodzice rozwiedli się kiedy miał około roku. Zarówno matka jak

i ojciec zawarł ponownie związek małżeński. Pan F. zamieszkał z matką i jej partnerem. Matka jedynie w początkowym okresie leczenia syna przejawiała zainteresowanie nim. Według babci: *„Matka nienawidzi syna, bo jest podobny do ojca... brzydzi się go”*. Jedyny związek emocjonalny Pan F. ma z babcią, która powtarza mu: *„mama się od Ciebie odwróciła..., nie chce Ciebie znać”*. Według babci również dziadek *„nie chce znać F. ponieważ okradł go”*.

Z wywiadu wiadomo, że okres ciąży, okołoporodowy, noworodkowy i niemowlęcy u pana F. przebiegały prawidłowo. Z relacji babci w okresie wczesnodziecięcym był *„grzecznym i wrażliwym chłopcem”*. Z wywiadu uzyskanego od matki podczas jednej z pierwszych hospitalizacji wiadomo, że *„od siódmej klasy szkoły podstawowej (13r.ż) nastąpił u F. okres buntu wobec rodziców, okres kilkukrotnych ucieczek z domu oraz kradzieży pieniędzy”*.

Z relacji pana F., w domu były częste konflikty i awantury z użyciem siły wobec niego, zarówno ze strony matki jak i ojczyma. Pan F. mówił: *„Ojczym bił mnie bez powodu, matka- bez opamiętania”*. Według babci: *„F. od 15r.ż. oszukiwał, robił z siebie biedaka, poszkodowane dziecko bite przez matkę. Matka zaś biła go czasem z bezsilności”*.

W okresie szkolnym uczył się tak, aby uzyskać promocję do następnej klasy; ale nigdy nie był zagrożony. Interesował się informatyką- wielokrotnie uciekał ze szkoły do budynku miejscowej uczelni aby skorzystać z komputera. Zdaniem ojczyma: *„F. miał swój świat tj. „science fiction, ...fantasy i ...internet... świat, w którym czuł się dobrze”*. Trzykrotnie zmieniał szkołę. Był około roku w szkolnym ośrodku socjoterapii. Przerwał naukę w III klasie liceum; potem wyjechał z domu argumentując, że *„uciekł z domu ponieważ matka znęcała się nad nim”*. Ukończył eksternistycznie IV klasę liceum, ale nie zdał egzaminu maturalnego.

Jeszcze jako uczeń szkoły podstawowej (około 12 r.ż.) pierwszy raz sięgnął po substancje psychoaktywne- alkohol i marihuanę. Wywiad uzyskany od kolegi w czasie pierwszej hospitalizacji F. wskazuje, że już w wieku nastoletnim opisywany pacjent upijał się (4 – 5 piw/dobę).

Z adnotacji lekarskich zawartych w historii choroby wynika, że od „15/16r.ż. jest uzależniony od substancji psychoaktywnych (amfetaminy i marihuany)”. W tym też wieku będąc pod wpływem narkotyków pojawiły się u F. *„pierwsze omamy słuchowe i wzrokowe”*. Mówił: *„Zobaczyłem postać Jezusa,... wielokrotnie rozmawiałem z Nim... Byłem przekonany, że mam misję do spełnienia.... i... podróży zowałem po Polsce”*.

W wieku 17 lat rozpoczął pracę jako informatyk (jest samoukiem w tej dziedzinie). W 18r.ż. pojawiły się pierwsze konflikty z prawem – zarzucano mu „włamanie internetowe”.

Przebieg I hospitalizacji

Do pierwszej hospitalizacji doszło w 1998r. (ok. 18r.ż.), podczas jednej z ucieczek z domu. Bezpośrednio przed hospitalizacją F. podjął próbę samobójczą przez podcięcie żył spowodowaną, jak twierdził, *„nieporadnością życiową i konfliktową sytuacją rodzinną”*. Mówił: *„odczuwałem depresję- spowodowana ona była złą sytuacją z rodzicami ..., paliłem za sobą mosty”*.

Analiza przebiegu hospitalizacji wskazuje na objawy depresyjne u pana F.: obniżenie nastroju, obniżenie poczucia własnej wartości i brak celu w życiu. Po dwutygodniowym pobycie w szpitalu, pacjenta wypisano z rozpoznaniem Zespół depresyjny do dalszej obserwacji (F43).

W okresie 20r.ż. - 25r.ż., stwierdzono u pana F. występowanie ciągów tetrahydrokanabinoli (THC) (maksymalna długość ciągu 2-3 tygodnie). W tym okresie potwierdzał używanie amfetaminy i LSD, w tym także 6 miesięczny ciąg marihuany i amfetaminy. Przyjmował również ekstazy i jednorazowo wachał klej. Relacjonował: *„Kiedy miałem dość amfetaminy, zaczynałem niwelować potrzebę brania amfetaminy paląc duże ilości marihuany... udało mi się w ten sposób odstawić amfetaminę”*. *„Mam poczucie, że nie jestem uzależniony od alkoholu... mam przekonanie, że jestem uzależniony od marihuany”*. Potwierdzał wystąpienie omamów słuchowych po LSD w 24/25r.ż. Opowiadał: *„Po zażyciu LSD pojawiły się halucynacje słuchowe, które się nasilały... Zwidywałem postacie ludzkie nawiązujące do mnie... Od tego wzięcia LSD powtarzają mi się obce głosy w głowie..., zabijam ludzi, o których myślałem..., myślami mogę wpływać na los spotkanych osób”*. Również w 24/25r.ż. pan F. zauważył, że pije więcej- 1 wino codziennie. Potwierdzono ciągi alkoholowe trwające od 1,5 do 2 tygodni. Twierdził wówczas, że *„posiadał objawy abstynencyjne po spożyciu alkoholu”*.

Adnotacje w historii choroby z 29 hospitalizacji potwierdzają nagły początek objawów psychotycznych w 24r.ż. Niezwykle bogate przeżycia omamowe miały początkowo charakter posłanniczy: *„Zacząłem mieć wizje, słyszeć głosy... zobaczyłem Chrystusa. Miałem wizję, że Jezus wrócił, że będzie koniec świata. Jezus kazał mi wtedy rzucić dziewczynę i wyjechać z miasta”*. *„Byłem przekonany, że mam misję do spełnienia, ...że Żydzi złożą mnie w ofierze.”* Później treść relacjonowanych głosów zmieniła charakter na obwiniający i prześladowczy: *„Jezus zaczął wyzywać mnie od morderców”*.

Wpisy w historii choroby z 4 hospitalizacji ujawniają, że w 24/25r.ż. występował u pacjenta również niepokój i lęk. Pacjent potwierdzał, że: *„widzi w głowie ludzi, ...śmieją się, ...krytykują, ...wyzywają, nakłaniają do zrobienia różnych rzeczy np. by rzucić pracę, dziewczynę,... czasami grożą. Nie pozwalają zasnąć, ... mówią, że zabija ludzi myślami... czuje, że ma 1% umysłu dla siebie, 99% dla nich”*. Relacjonował też, że: *„po alkoholu głosów jest mniej”*... „jak

nie piję, to nie mam kontroli nad głową". Mówił o występowaniu „filmów w głowie”.

W wieku 24 lat pan F. oskarżył ojczyma o wykorzystywanie seksualne kiedy miał 4 lata. Odnosił się do tej sytuacji mówiąc: *„Jezus mi o tym powiedział ... zrobiłem awanturę”*. Sytuacja owa spowodowała, że do chwili obecnej nie ma kontaktu z matką. Z relacji babci: *„F. w późniejszym okresie przyznał się, że do molestowania nie doszło”*.

W 24r.ż. podjął drugą próbę samobójczą – wrzucił podłączone do prądu żelazko do wanny, w której się znajdował. Relacjonował: *„myślałem, że Jezus powróci i wyzywał mnie od pedofilów i zabójców ...i wrzuciłem żelazko do wanny”*.

Do 24r.ż., pacjent, pracował w różnych firmach jako administrator i programista komputerowy. Wielokrotnie zmieniał miejsce zamieszkania, przebywając w różnych miastach w Polsce, co podyktowane było zmianą miejsca pracy.

II hospitalizacja

Do drugiej hospitalizacji doszło 7 lat później od poprzedniej hospitalizacji (2005r.; 24r.ż./25r.ż.), a po miesiącu od drugiej próby samobójczej. Podczas pobytu, u pacjenta odnotowano obniżenie nastroju, lęk i niepokój. Potwierdzał występowanie halucynacji słuchowych i „nie ujawniał formalnych zaburzeń myślenia”. Dodawał, że *„ma nadzieję, że się wyleczy z tego stanu”*, ponieważ *„czuje się groteskowo, czuje się zablokowany”*. *„Jest w takim stanie jakby ktoś miał umrzeć – tzn. jakby jego myśli mogły spowodować czyjąś śmierć, chociaż nie życzy nikomu śmierci”*. *„Jak się nie uda leczenie to się powiesi”*. *„Jest przekonany, że umrze jego matka (bo tak mówią głosy), ale jednocześnie jest przekonany o ich nierealności”*. Pacjenta wypisano po dwóch miesiącach leczenia z rozpoznaniem

Zespół paranoidalno-depresyjny u osoby uzależnionej od substancji psychoaktywnych (amfetamina, THC) (F19,F20 wg ICD-10).

III hospitalizacja

Do trzeciej hospitalizacji doszło po ponad trzech miesiącach. Przy przyjęciu odnotowano, że od półtorej tygodnia pan F. codziennie spożywa alkohol (przy przyjęciu 0,03 promila alkoholu we krwi). Potwierdzał występowanie nasilających się objawów psychotycznych – głosów komentujących oraz omamów wzrokowych. Podczas pobytu w oddziale został czterokrotnie przyłapany na spożywaniu alkoholu. Według notatek, zachowania pacjenta wskazują, że jest *„skoncentrowany na zdobywaniu alkoholu, bezkrytyczny w stosunku do uzależnienia od alkoholu”*.

„Wypisany mimo utrzymywania się objawów psychotycznych, na skutek spożywania alkoholu w oddziale”

po trzech miesiącach pobytu, z rozpoznaniem Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem alkoholu. Zespół zależności alkoholowej (F10 wg ICD-10).

IV hospitalizacja

Dwa tygodnie później został ponownie hospitalizowany psychiatrycznie po raz czwarty (2006r.; 26r.ż.). Zgłosił się sam. Posiadał obniżony nastrój, był pobudzony psychoruchowo, potwierdzał występowanie lęku i niepokoju, twierdził, że *„zabija ludzi myślami”*. Obserwowano u niego drżenie kończyn. Pan F. potwierdził trzydniowe spożywanie alkoholu przed przyjęciem do szpitala (1 butelka wódki dziennie).

Notatki z historii choroby podczas czwartego pobytu w oddziale szpitalnym wskazują również, że pacjent potwierdzał, że *„słyszy szept, głosy, które wpuszczają go w różne sytuacje umysłowe, podpuszczają go, rozmawia z głosami i z nieistniejącymi osobami, ...pojawia się mu postać Chrystusa, który wypowiedział wobec niego wulgarne słowa”*. Pan F. został wypisany po ponad dwutygodniowym pobycie z rozpoznaniem Zaburzenie schizoaфекtywne- typ mieszany (F25.2 wg ICD-10). Jak wynika z kolejnych historii choroby po wypisaniu ze szpitala odstawił leki i sięgał po alkohol oraz marihuanę.

V hospitalizacja

Po raz piąty trafił do szpitala psychiatrycznego 11 dni później. Zgłosił się sam na Izbę Przyjęć z nasilonymi objawami, które ujawnił podczas poprzedniej hospitalizacji tj. z lękiem, niepokojem psychoruchowym, obniżonym nastrojem i z myślami samobójczymi. Wypowiedzi pacjenta przy przyjęciu i w oddziale są opisywane w sposób następujący: *„wypowiada urojenia religijne, oddziaływania, winy, ksobne”*, *„potwierdza omamy wzrokowe i słuchowe (głosy jednej i/lub wielu osób o charakterze komentującym i obrażającym)”*, *„krytyczny wobec choroby”*. Twierdzi, że *„walczy z myślami, którymi zabija innych ludzi”*, *„ma poczucie, że ani przez chwilę nie jest sam, że ma zmienioną świadomość”*. W czasie hospitalizacji kilkakrotnie nadużył alkoholu. Został wypisany po ponad dwumiesięcznej hospitalizacji, ponownie z rozpoznaniem Zaburzenie schizoaфекtywne (F25 wg ICD-10). Po wyjściu z Oddziału powtarza się sytuacja związana ze spożywaniem alkoholu. Jak twierdzi: *„Zaczął pić by uzyskać redukcję objawów psychotycznych”*.

VI hospitalizacja

Około tygodnia po wypisaniu z oddziału, pan F. trafił ponownie do szpitala. Z notatki z historii choroby wynika, że na Izbę Przyjęć zgłosił się z powodu nasilenia objawów psychotycznych, niepokoju, lęku i obniżonego nastroju. Był wówczas pod wpływem alkoholu (0,59 promila we

krwi). Potwierdzał występowanie myśli samobójczych, głosów z zewnątrz i wewnątrz głowy, nakazujących „by się zabił, bo jest przeklęty przez Boga”. W oddziale również spożywał alkohol. Pacjenta wypisano po 5 dniach pobytu z rozpoznaniem Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem wielu narkotyków i substancji psychoaktywnych (F19, F20?, F25 wg ICD-10)” z zaleceniem konsultacji w Oddziale Podwójnych Diagnoz.

VII hospitalizacja

Podczas siódmej hospitalizacji (dwa tygodnie później) lekarze wskazali, że prezentowane przez pacjenta objawy wynikają z Alkoholowego Zespołu Abstynencyjnego (AZA). Dzień przed przyjęciem do szpitala pan F., wypił butelkę wódki i przyjął leki – był na Izbie Wyrzeźwien. Potwierdził, że nadużywa alkoholu od 24r.ż. i pił alkohol ciągami (trwały one do 2 tygodni). Powodem hospitalizacji były objawy rozpoznawane podczas poprzednich hospitalizacji (omamy słuchowe imperatywne nakazujące popełnienie samobójstwa, myśli samobójcze). Według informacji uzyskanych od lekarzy, zawartych w historii choroby, w zachowaniu pacjenta zauważa się manipulację objawami w celu uzyskania dodatkowych leków uspokajających. Obserwowano u niego również wyraźne zaprzeczanie spożywania alkoholu w oddziale, choć był pod jego wpływem. Podczas hospitalizacji znaleziono za jego łóżkiem spirytus. Pan F. doświadczał również omamów słuchowych, które dzielił na „męskie i kobiece, które mówią, że zabija ludzi myślami, ...zabił już swoją byłą dziewczynę, bo o niej źle pomyślał” oraz relacjonował występowanie omamów słuchowych o charakterze oskarżającym i potępiającym. Miał poczucie, że „w środku istnieje kilka świadomości”. „Wewnątrz głowy widzi ludzi – jest to głównie postać Chrystusa”. Według lekarzy jest częściowo krytyczny wobec objawów. „Wie, że to czego doświadcza to HALUCYNOZA”. Podczas tej hospitalizacji ujawniają się kolejne konflikty pana F. z prawem, a mianowicie: kara grzywny za unikanie wojska oraz za posiadanie marihuany (jest poszukiwany przez Policję i Prokuraturę), mandaty komunikacyjne, za które nie płacił. Został wypisany z Oddziału po miesięcznym pobycie z rozpoznaniem Zaburzenie schizotypowe (F21 wg ICD-10), osobowość dysocjalna (F60.2 wg ICD-10), Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem wielu narkotyków i substancji psychoaktywnych (F19 wg ICD-10).

Przebieg VIII – XXXII hospitalizacji

Ósma hospitalizacja miała miejsce po ponad miesięcznej przerwie z rozpoznaniem Zaburzenia psychiczne u osoby uzależnionej od substancji psychoaktywnych (F19.5 wg ICD-10),(2006r.) W czasie dziewiątej

hospitalizacji postawiona zostaje diagnoza: Zespół paranoidalny u osoby uzależnionej od różnych substancji psychoaktywnych (F19/F20 wg ICD-10).

Od hospitalizacji dziesiątej do hospitalizacji bezpośrednio poprzedzającej przyjęcie do Kliniki, jest rozpoznana i utrzymywana przez 6 kolejnych hospitalizacji, tylko diagnoza schizofrenii paranoidalnej lub podwójna diagnoza:

1) Schizofrenii paranoidalnej i Uzależnienia od różnych substancji psychoaktywnych (F19 wg ICD-10) (przez 12 hospitalizacji) oraz

2) Schizofrenii paranoidalnej (F20.0 wg ICD-10) oraz zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem alkoholu (F10 wg ICD-10) (przez 2 kolejne hospitalizacje).

Analiza historii choroby wskazuje, że:

- podczas 16 hospitalizacji postawione jest rozpoznanie Zespół omamowo – urojeniowy u osoby z uzależnieniem mieszanym (alkohol, THC) i epizodami psychotycznymi w wywiadzie (F19.5/ F20.0 wg ICD-10),
- przy 18 hospitalizacji (2008r.) postawiono diagnozę tylko schizofrenii paranoidalnej (F20.0 wg ICD-10), choć objawy pacjenta były podobne jak podczas poprzednich hospitalizacji,
- w czasie 24 hospitalizacji postawiono rozpoznanie Zaburzenie schizotypowe (F21 wg ICD-10), Uzależnienie mieszane (F19.2 wg ICD-10).

Zapisy zawarte od 10 do 32 hospitalizacji są niemal identyczne:

- pan F. zgłasza się na Izbę Przyjęć (sam lub karetką pogotowia),
- relacjonuje nasilenie lęku, niepokoju i obniżenie nastroju. Podaje, że ma myśli samobójcze, relacjonuje nasilenie objawów psychotycznych – słyszy głosy. Uskarża się na zaburzenia koncentracji uwagi i zaburzenia snu,
- jest hospitalizowany,
- w czasie hospitalizacji potwierdza w/w objawy.

Analiza hospitalizacji potwierdza bogactwo treści psychotycznych. Pan F. słyszy różne głosy m.in. Chrystusa, świętych, „głosy męskie i żeńskie”, na zewnątrz i wewnątrz, które mówią, że „zabija ludzi myślami...”, że w ten sposób zabił swoją matkę i dziewczynę, ale jednocześnie „nie chce nikomu zrobić krzywdy...”. Nakłaniają go do ukarania się za śmierć matki – „miał rzucić się z okna, bo inaczej jego matka zginie”. „Głosy przygotowują go do samobójstwa – skok z wysokości”. Mówią, że umrze także jego babcia. Obwiniają, że „jest bardzo złym człowiekiem..., pedofilem, ... gwałcicielem, ..., że jest przeklęty przez Boga, ... każą mu się ukarać i iść do więzienia, na policję lub zabić się ...(dlatego chciał „popełnić przestępstwo, by móc iść do więzienia”). Nakazują: „idź na most i rzuć się do Wisły. Twierdzi, że „ma misję do spełnienia: chce założyć grupę,

która ma żyć inaczej... Rozmawiał z Chrystusem... ...jest oskarżony o zabójstwo, którego nie popełnił, ale czeka go za to kara”.

Pacjent twierdzi również, że „ludzie kradną myśli”. Obawia się „oka Boga, które otwiera się w palarni. W palarni z kolei ktoś rysuje krzyż na ścianie, by go wystraszyć”. Mówi, że „*ma papkę w głowie*”. „*Czuje w sobie czyjąś obecność, ma poczucie, że w jego ciele jest Chrystus*”. *Czuje się „odczłowieczony*”. Relacjonuje, że „stopniowo łapie coraz większego doła. Jest przygnębiony swoją sytuacją”. Mówi: „*czasami myślę, że to choroba, a czasami, że to nie choroba, czasami widzę postać Chrystusa ubranego na biało, a czasami na czarno... Widziałem jego żonę Marię Magdalenę. Chrystus powiedział mi, że ma żonę... Oni mi powiedzieli wulgarnie, że spotka mnie kara za to, że kradłem... Widzę ich codziennie, lub co parę dni. Nie boję się ich, a oni się dziwią, że się ich nie boję... Każdy dzień to jest walka z tym co widzę i co słyszę*”.

Podczas ostatnich hospitalizacji pan F. słyszy głosy wielu Bogów: „*Głosy należą do Jezusa, Buddy, Kriszny i innych*”. „*...głos Chrystusa, który każe się pociąć albo rzucić przez okno. Stara się nakazom przeciwstawiać*”. Uważa, że jest „*prześladowany przez Chrystusa i całą resztę*”. „*Odczuwa lęk przed piekłem i ptakami (zadziobią)*”. Twierdzi, że słyszy „*głosy Jezusa, Marii Magdaleny i współpracujących z nimi osób... że żyje w dwóch światach – w jednym z nich jest leczony, a w drugim jest antychrystem*”. Twierdzi, że „*widzi wokół symbole religijne, na które reaguje lękiem*” - np.: „*w czasie podróży metrem widziałem na bilbordach drogę krzyżową*”.

W październiku 2011r. „w wieku 31 lat, *głosy kazały mu iść do więzienia, bo inaczej zabiją jego matkę. Miał zginąć w celi jako zgwałcony*.” – dlatego „*kupił 1g amfetaminy, z którym poszedł na komisariat*” – w ten sposób znalazł się w areszcie, a potem w szpitalu więziennym. Po dwóch dniach pacjent został wypisany ze szpitala. Sprawę sądową umorzono.

W notatkach z wszystkich hospitalizacji potwierdzone jest picie alkoholu przez pacjenta (28r.ż – 31 r.ż.). Pan F. twierdzi, że „*pije, żeby zasnąć*”, „*alkoholem radzi sobie z natłokiem głosów*”. Przy 20 pobycie w szpitalu obawia się, „*że przy ponownym nasileniu głosów sięgnie po alkohol*.” W karcie informacyjnej 21 hospitalizacji czytamy: „*wobec problemu uzależnienia pacjent pozostaje bezkrytyczny, w przeszłości i aktualnie odmawiał leczenia w ośrodku podwójnych diagnoz*”. W wieku 30 lat potwierdza, że jest uzależniony od alkoholu – jak twierdzi „*tłumi nim objawy*”. W 31r.ż. twierdzi, że pije ok. 2 razy w tygodniu (w innym miejscu 1 raz na 2 – 3 tygodnie). Z powodu „*konfliktu rodzinnego tak się denerwuje, że wypija wódkę*”. W wieku 32 lat (2012r.), potwierdzał picie piwa oraz wyrażał chęć wypicia wódki „*tylko po to by nie słyszeć głosów o nieprzyjemnej treści*”.

Hospitalizacje 10 - 32 potwierdzają:

- spożywanie alkoholu między hospitalizacjami,
- wielokrotne zgłaszanie się pacjenta na Izbę Przyjęć pod wpływem alkoholu (w powietrzu wydychanym stwierdzono 1,2‰, 0,5‰ oraz 0,57‰ alkoholu),
- wielokrotne spożywanie alkoholu w oddziałach (znaleziono 13 butelek po wódce, w powietrzu wydychanym stwierdzono 0,3‰, 2,8‰, 0,18‰, 1,5‰ alkoholu),
- wypisy dyscyplinarne z oddziałów za złamanie regulaminu,
- wielokrotne kierowanie do oddziałów leczenia uzależnień,
- funkcjonowanie pacjenta w systemie iluzji i zaprzeczeń.

Podczas analizy historii chorób zauważono również zbyt częste sięganie przez pacjenta po leki z grupy benzodiazepin, zarówno w czasie przebytych jak i podczas aktualnej hospitalizacji w Klinice Psychiatrii w Lublinie oraz po wypisach do domu.

Pan F. nie posiada stałego zameldowania. W okresach między hospitalizacjami okresowo mieszkał w MONARZE, u babci i u ojca – „*tam alkohol łat się strumieniami*”. Mieszkał również z przyjacielem, znajomymi i wynajmował stancje. Po 27 hospitalizacji, mając 32 lata, został wypisany do Zakładu Opiekuńczo- Leczniczego. Okresowo podejmował prace dorywcze jako informatyk. Jednak przez większość czasu, jak określał „*wegetował*”. Po 29 hospitalizacji (od października 2012r.) uzyskał miejsce w Domu Pomocy Społecznej. Ma przyznaną rentę do 2013r.

Implikacje terapeutyczne

Częste rzuty psychozy i związane z nimi hospitalizacje są przyczyną stosowania przez lekarzy coraz większej ilości leków przeciwpsychotycznych w coraz wyższych dawkach. Przy 29 hospitalizacji rozpoznawano dodatkowo „*Parkinsonizm wtórny (G21 wg ICD-10)*”.

Z powodu nieskuteczności farmakoterapii, od 21 hospitalizacji stosowano u pacjenta zabiegi elektryczne. Jednak niektóre z nich nie były wykonywane z powodu spożywania przez niego alkoholu na terenie oddziałów; niektóre z nich „*okazują się nieskuteczne*”.

XXXIII hospitalizacja psychiatryczna w Klinice Psychiatrii w Lublinie

Pan F. w wieku 33 lat został skierowany ze szpitala rejonowego na Oddział Kliniki Psychiatrii w Lublinie z rozpoznaniem Schizofrenia paranoidalna, w związku z trudnościami w leczeniu, celem wykonania zabiegów elektrycznych z powodu nieskuteczności farmakoterapii. W chwili przyjęcia do Kliniki pacjent przyjmował jednocześnie: Kłozapinę 600mg/db, Kwetiapinę 600mg/db, Amisulpiryd 800mg/db, Risperidon 4 mg/db, Lewomepromazynę 150mg/db, Haloperidol 20mg/db, Kwas wal-

proinowy 1500mg/db oraz benzodiazepinę. Mimo stosowania powyższej kuracji utrzymywały się bogate przeżycia psychotyczne, co było powodem dokładnej analizy historii jego choroby.

W pierwszym badaniu klinicznym po przyjęciu na Oddział, pan F. ujawniał bogatą ekspresję omamów słuchowych: „*Bóg mówi, że zabija ludzi myślami – czasem głos jest w głowie, a czasem na zewnątrz. To jest cały panteon Bogów (Jezus, Budda, Kryszna, Kali – najczęściej Jezus) ... Jezus wyzywa mnie od morderców... Jezus kłamie... Budda mówi, żeby nie palić papierosów ... Kryszna skazuje mnie na piekło, mówi żebym się zabił.*” „...*O kim nie pomyśle to, skazuje ich na śmierć... mówią, że jestem pedofilem, nie pozwalają mi jeść mięsa, w przeciwnym razie będą mi grozić... mówią, że przeze mnie wszyscy zginą, nakazują odciąć sobie narządy płciowe... Bóg powiedział, że mam chorą skórę i wszystkich pozarażam*”. Pan F. był w niepokoju, lęku i wyrażał obawy, że „*matka umrze przez niego – Jezus tak mówi... Bóg szantażuje go, że jeśli nie odbierze sobie życia to jego matka umrze*”.

W czasie pobytu w Klinice podjął próbę samobójczą przez nacięcie nadgarstka. Kilukrotnie potwierdzono spożycie alkoholu przez pacjenta (0,33promila – 1 piwo), w tym spożywanie alkoholu niekonsumpcyjnego (płyn Skin – Sept). Stwierdzono wówczas 5‰ alkoholu w powietrzu wydychanym, w wyniku czego został przeniesiony na Oddział Toksykologii, a następnie ponownie do Kliniki celem kontynuacji leczenia. W czasie pobytu odnotowaliśmy sytuacje, kiedy pan F. spożywał inne alkohole niekonsumpcyjne zabrane od pacjentów m.in. wodę po goleniu i perfumy. Prosił również pacjentów o zakup wody po goleniu. Wielokrotnie domagał się podania leków z grupy benzodiazepin.

Analiza psychologiczna

Podczas pobytu w Klinice Psychiatrii w Lublinie Pan F. uczestniczył w badaniach psychologicznych oraz rozmowach z psychologiem. Na zaproponowane spotkania wyrażał zgodę: chętnie i aktywnie w nich uczestniczył. Język, jakiego używał posiadał rozbudowane zdania, ze słownictwem filozoficznym. Używał wypowiedzi przemysłanych, wskazujących na co najmniej przeciętny poziom rozwoju funkcji intelektualnych. Miał obniżony nastrój, ujawniał lęk i niepokój. O swojej rodzinie mówił, że „wszyscy są winni tego, co się wydarzyło”. Uważa, że każdy z jej członków (matka, ojciec i badany) wzajemnie się skrzywdzili. Czuje się więc skrzywdzony, ale i czuje, że skrzywdził innych za co się potępia mówiąc: „*idę do piekła*”, „*nie ma miłości dla mnie, jestem oszustem i kłamcą*”, „*nie zasługuję na życie*”. Szczególnie odnosił się tu do matki, porównując ich relację do „*upadku*”, w którym każdy z nich ma „*wbito w serce nóż z napisem: zagubiono miłość*”.

Analiza i interpretacja testów psychologicznych

W oddziale pacjent został poddany badaniom następującymi testami psychologicznymi:

1) *Wieloobjawową Skalą Diagnostyczną WISKAD*

Analiza skal kontrolnych *Wieloobjawowej Skali Diagnostycznej WISKAD* dyskwalifikuje uzyskany profil do formułowania różnicowej diagnozy klinicznej. Badany ma bowiem tendencję do wyolbrzymiania istniejących objawów. Można założyć, że znajduje się w kryzysie psychologicznym i „woła o pomoc” poprzez nieświadome powiększanie swoich objawów. Profil skal klinicznych jest wysoki, o kształcie piłowym sugerującym postawę wyolbrzymiania objawów. Badany mówi o sobie, że ma konflikty z rodziną i z autorytetami. Ma poczucie alienacji społecznej i poczucie osamotnienia. Ma obniżony nastrój, jest nieufny i podejrzliwy, doświadcza lęku i niepokoju, a sposobem na radzenie sobie z trudnościami jest mechanizm projekcji. Charakteryzuje siebie jako osobę, która jest sztywna w zakresie wyrażanych opinii i postaw; posiada obniżony krytycyzm. Mówi o sobie również, że przyznaje się do popełnionych błędów, ale nie ma motywacji, aby zmienić swoje zachowanie. Ponadto pacjent relacjonuje poczucie winy.

2) *Testem Pamięci Wzrokowej Benton*, którego wynik nie wskazywał na patologię O.U.N

3) *Testem Uzupełniania Zdań M – J. M. Sacks i L. Sidney*, który wskazuje na kilka sfer konfliktowych w życiu psychicznym badanego. Posiada trudności w relacjach rodzinnych, polegające na poczuciu niedostępności uczuciowej ze strony matki i ojca jak również trudności w dostępności do własnych uczuć i ich ujawnianiu do matki i ojca. Ma poczucie odrzucenia ze strony rodziny, poczucie skrzywdzenia ze strony matki, co rzutuje na jego relacje z kobietami. Ujawnia brak szacunku do przełożonych i autorytetów.

Podczas poprzednich hospitalizacji pacjent był również poddany badaniom psychologicznym. Badania psychologiczne przeprowadzone w wieku 25 lat wskazują na tendencję do symulacji zaburzeń psychicznych. Inne, zauważone wówczas, znaczące cechy zachowania badanego to bezkrytyczny stosunek do uzależnienia od alkoholu, koncentracja na jego zdobywaniu oraz trudność w dostosowaniu się do obowiązujących zasad oddziału. W badaniu psychologicznym *testem MMPI-2* skale kontrolne sugerują agrawację objawów. Profil kliniczny zaś sugeruje występowanie u badanego zaburzeń osobowości o cechach osobowości dyssocjalnej. Objawy ujawniane przez pacjenta w badaniu nie są obserwowane podczas rozmowy z nim. Widoczne jest niedostosowanie afektywne pana F. do wypowiadanych treści. Badany jest egocentryczny, skoncentrowany na sobie, bez wglądu w psychologiczne podłoże własnych problemów. Ma trudność

z rozumieniem stanów emocjonalnych i motywów działań innych ludzi. W relacjach interpersonalnych nawiązuje powierzchowne znajomości. W przypadku niezaspokojenia własnych potrzeb ze strony innych osób, może mieć poczucie niezrozumienia i odrzucenia, co z kolei rodzi złość i wrogość w stosunku do otoczenia. Nie potrafi w sposób adekwatny wyrażać tych uczuć. Tłumiąc negatywne uczucia może wyrażać je w sposób pośredni lub okresowo poprzez gwałtowne, impulsywne zachowania (zachowania typu acting-out, zachowania antysocjalne). Ujawnia niski stopień internalizacji obowiązujących wzorców zachowań grupowych. Posiada trudność z wyciąganiem wniosków z doświadczeń życiowych. Nie bierze odpowiedzialności za swoje zachowanie.

Pan F. wypisany został z Oddziału po kilku miesiącach z rozpoznaniem „Przewlekła psychoza omamowo – urojeniowa o etiologii egzogennej (alkohol, marihuana, amfetamina, LSD, BDZ), osobowość dyssocjalna”.

Omówienie

Jak wynika z analizy historii chorób opisywanego pacjenta, przewlekła psychoza omamowo-urojeniowa o etiologii egzogennej, może stwarzać problemy diagnostyczne. Analiza historii choroby wskazuje na wielokrotne, choć nie w każdym przypadku, błędne rozpoznanie schizofrenii.

Jeśli przyjąć za Kraepelinem, Bleulerem, Mazurkiewiczem [1] oraz ich kontynuatorami w lubelskiej szkole psychiatrii [1], że istotą schizofrenii jest destrukcja osobowości, należałoby doszukiwać się w poddanych analizie dokumentacji medycznej pacjenta dynamiki objawów, polegającej na pogłębiającej się symptomatologii ubytkowej, w szczególności dostrzegalnej w wypadaniu uczuć wyższych, obserwowanych w sferze rodzinnej. Tego aspektu nie zauważa się podczas analizy historii choroby pana F. Zauważmy, że pacjent jest żywy emocjonalnie: doświadcza poczucia skrzywdzenia, poczucia winy, poczucia niezaspokojenia na miłość, ujawnia silną potrzebę bliskości emocjonalnej z matką (podczas ostatniej hospitalizacji mówił: *„moje serce krwawi w relacjach z matką – chciałbym się zbliżyć do niej, ale nie wiem jak”*). Ma trudność w dostępności do własnych uczuć, zarówno pozytywnych jak i negatywnych takich jak: złość i nienawiść ujawnianych m.in. w zachowaniach typu acting-out. Jest smutny, ujawnia lęk i niepokój. Można przypuszczać [2], iż ów niepokój ma charakter niepokoju opuszczeniowego, związanego z niedostatkiem empatii i miłości matki, typowego dla osób z dominującymi cechami socjopatii. Istotne jest, że przeżycie opuszczenia we wczesnym dzieciństwie i związany z nim niepokój, mimo osiągnięcia wieku dojrzałego pacjenta, jest stały i piętnuje jego życie emocjonalne oraz zachowanie się.

W analizowanym przypadku, obserwowane rzuty psychozy przyjmują formę halucynozy „mieszanej” tj. alkoholowej, wikłanej uzależnieniem od innych substancji psychoaktywnych (marihuana, amfetamina, LSD oraz benzodiazepiny). Bilikiewicz [3] zwracał uwagę, że halucynozy różni się od schizofrenii brakiem zmian struktury osobowości, brakiem upośledzenia uczuciowości wyższej, dobrą modulacją afektu oraz systematyzacją urojeń, czego potwierdzenie również uzyskujemy u pana F.

Analiza historii choroby wskazuje, że o rozpoznaniu schizofrenii dotychczas decydowały objawy Schneiderowskie, brak jest natomiast objawów osiowych, które stanowią rdzeń schizofrenii [1].

Bogactwo przeżyć psychotycznych pana F. jest zgodne z opisami obrazu halucynozy alkoholowej, w skład której wchodzi: omamy słuchowe mające charakter „dialogu o pacjencie” [4], treści groźących, oskarżających, dyskutujących i nakazujących, omamów czuciowych; którym towarzyszą urojenia o charakterze prześladowczym, a także współwystępującym niepokojem i lękiem, obniżeniem nastroju oraz zachowaniami agresywnymi i autoagresywnymi [5].

Analizowany przypadek skłania więc do refleksji, że podczas kolejnych hospitalizacji nie dokonywano rewizji rozpoznania schizofrenii, co zauważają również inni autorzy [6].

Zauważmy, że powtarzający się przez wiele hospitalizacji obraz zaburzenia (jedna hospitalizacja jest jakby kopią poprzedniej) skutkuje różnymi rozpoznaniem! Wobec różnorodności rozpoznań nie należy zapominać o obowiązującej „polityce refundacyjnej” związanej ze stosowaniem leków przeciwpsychotycznych [7]. Może rodzić się podejrzenie, że rozpoznanie schizofrenii stawiano celem utrzymania leków mających refundację przy rozpoznaniu schizofrenii.

Należy zwrócić uwagę, że nieprawidłowo postawione rozpoznanie skutkować może ordynowaniem leków w coraz to wyższych dawkach, czego potwierdzenie uzyskujemy w analizie historii choroby opisywanego pacjenta, a co m.in. skutkowało u pana F. rozwojem zespołu parkinsonowskiego (29 hospitalizacja). Dokładna anamneza pozwoliła na wdrożenie odpowiedniego leczenia (chlormazyna) oraz, co istotne, na poprawę jakości życia pacjenta.

References

1. Perzyński J. Mapa dyssolucyjna w różnicowaniu schizofrenii i depresji psychotycznej. *Curr Probl Psychiatri*, 2010; 11(4): 301-303.
2. Tischner J. Ludzie z kryjówek. W: *Myślenie według wartości*. Kraków: Wydawnictwo Znak; 1982, s. 455-469.
3. Bilikiewicz T. *Psychiatria kliniczna*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich. Warszawa. 1960.

4. Habrat B., Waldman W., Sein Anand J. Postępowanie w alkoholowych zespołach abstynencyjnych. *Przegląd Lekarski*, 2012; 69(8): 470-476.
5. Krysta K., Klasik A. Postępowanie z pacjentami uzależnionymi. W: Krupka-Matuszczyk I, Matuszczyk M. red., *Psychiatria. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa*. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach. 2007.
6. Perzyński J., Michalak M., Perzyńska-Starkiewicz A. Depresja psychotyczna czy schizofrenia? *Curr Probl Psychiatri*, 2012; 13(3):157-159.
7. Kiejna A. Psychiatry alarmują: Refundacja leków mnoży schizofreników? <http://www.mp.pl/kurier/76905>; http://wroclaw.gazeta.pl/wroclaw/1,35771,12823610,Psychiatrzy_alarmuja_Refundacja_lekow_mnozy_schizofrenikow.html

Correspondence address

Agnieszka Kowal-Popczak
Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego
Uniwersytet Medyczny w Lublinie
ul. Szkolna 18
20-093 Lublin