

Problemy diagnostyczne u pacjentki z zaburzoną osobowością – opis przypadku

Diagnostic issues regarding the patient with personality disorder – case report

Aneta Perzyńska-Starkiewicz^{A,B,D,E,F}, Anna Urbańska^{B,D,E,F}, Anna Grzywa^{A,D}

Katedra i Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Streszczenie

Prezentowano opis 22-letniej pacjentki, przyjętej do Kliniki Psychiatrii UM w Lublinie z powodu nasilonych myśli samobójczych i obniżenia nastroju. Pacjentka leczona psychiatrycznie od roku, chociaż pierwsze problemy psychiczne pojawiły się w okresie wczesnej adolescencji w postaci wahań nastroju i myśli samobójczych. Niecały rok wcześniej badana podjęła próbę samobójczą przez powieszenie. W czasie obecnej hospitalizacji wykonano szereg badań diagnostycznych, które pozwoliły wykluczyć psychozę. Wyniki badań psychologicznych wskazały jako przyczynę trudności badanej – nieprawidłowe cechy osobowości. W oparciu o badanie psychiatryczne i psychologiczne stwierdzono, że prezentowane przez pacjentkę zaburzenia miały charakter zaburzeń osobowości histrionicznej (F.60.4) z elementami borderline.

Słowa kluczowe: Dorosłe Dzieci Alkoholików, zaburzenia osobowości,

Abstract

A case of 22 years old woman has been presented. This patient was hospitalized in the Department of Psychiatry, Medical University of Lublin due to strong suicidal thoughts and worsened mood. The patient was psychiatrically treated for one year, although first mental problems had appeared in the period of early adolescence with the picture of mood liability and suicidal ideations. Almost one year before the admission she had taken a suicidal attempt. During current hospitalization a variety of diagnostic examinations was performed that excluded psychotic disorder. The results of psychological tests indicated disordered personality traits as a reason of patient's problems. Based on psychiatric and psychological examinations the diagnosis was made – personality disorder type histrionic with borderline personality elements.

Keywords: adult children of alcoholics, personality disorder.

Wstęp

Rozwój dziecka jest procesem złożonym i dynamicznym, uwarunkowanym czynnikami biologicznymi, psychologicznymi i społecznymi. Destrukcyjny wpływ nadużywania alkoholu przez rodzica lub rodziców odzwierciedla się przede wszystkim w zaburzeniach rozwoju psychofizycznego dziecka. U dzieci z rodzin alkoholowych występuje między innymi stałe poczucie niskiej wartości i brak szacunku do samego siebie, co wyrażać się może w działaniach autodestrukcyjnych. Jedną z najczęściej obserwowanych form zachowania się dzieci z rodzin alkoholików jest nadpobudliwość psychoruchowa. Od najmłodszych lat dzieci te odznaczają się niepokojem ruchowym, brakiem umiejętności celowego działania, impulsywnością, dekoncentracją uwagi. Zaburzeniom tym towarzyszą zwykle rozdrażnienie, labilność emocjonalna, gwałtowne zmiany nastroju a niekiedy agresywność i negatywizm. Dzieci alkoholików mogą doświadczać różnorodnych zdarzeń traumatycznych takich jak niesprawiedliwe traktowanie, odrzucenie, przemoc fizyczna czy emocjonalna [1]. Na tym tle rodzą się zaburzenia osobowości, które

skutkują nieprawidłowym funkcjonowaniem w życiu dorosłym, mogą pojawiać się myśli samobójcze. Osoby te często mają problemy z nawiązywaniem bliskich relacji z innymi, są nieufne, nie mogą rozstać się z towarzyszącym im przez całe życie bólem, gniewem, żalem wynikającym z picia rodzica (rodziców). Zaburzenia osobowości u dziecka pojawiające się w wyniku picia rodzica (rodziców) mogą przybierać różne formy zaburzeń opisanych w ICD-10 takich jak: osobowość histrioniczna, osobowość borderline.

Materiał – opis przypadku

Pacjentka, lat 22, panna, bezdzietna, studentka trzeciego roku matematyki, mieszka z rodzicami. Na studiach radziła sobie bardzo dobrze, udzielała również korepetycji z przedmiotu, matematyka była jej pasją. Jedyna siostra pacjentki, młodsza od niej o 2 lata, studiuje i mieszka poza domem. Wywiad od pacjentki sugeruje, że ojciec nadużywał w przeszłości alkoholu, obecnie od paru lat nie pije. Zapytana o dzieciństwo podała, iż kojarzy jej się ze strachem, brakiem ciepła i miłości. Od najmłodszych lat była przez ojca bita

i wyrzucana z domu. Razem z siostrą uciekały do pobliskiego lasu. W wieku 11 lat pojawiły się u badanej pierwsze problemy psychiczne w postaci wahań nastroju oraz myśli samobójczych. Były one skutkiem powtarzających się awantur z pijanym ojcem. Wielokrotnie słyszała od ojca, że jest nic nie warta i że ma się wyprowadzić z domu. Pacjentka chciała odebrać sobie życie gdyż jak mówiła „przynosiłam wszystkim wstyd, byłam obciążeniem, lepiej będzie jak mnie nie będzie”. Według relacji pacjentki matka często powtarzała, że się powiesi bo ma dosyć takiego życia.

W wieku 15 lat pacjentka podjęła pierwszą próbę samobójczą poprzez zażycie sporej ilości tabletek na nadciśnienie (należały do ojca, który leczył się kardjologicznie). Po ich spożyciu poszła do matki i poinformowała ją, że za chwilę umrze bo łyknęła wszystkie leki ojca. Matka kazała jej sprowokować wymioty i wezwała pogotowie, pacjentkę przewieziono do szpitala gdzie dokonano płukania żołądka i po kilkunastu godzinach wypisano do domu. Na pytania rodziny dlaczego chciała odebrać sobie życie odpowiedziała, że chłopak ją zostawił i czuła się samotna. Potem myśli samobójcze ustały. Badana skończyła szkołę średnią i dostała się na studia. Będąc na drugim roku studiów miała miejsce zaginięcie pacjentki. Pewnego wieczoru wzięła kluczyki od samochodu i zniknęła. Twierdzi, że nie pamięta całej drogi, że wypila wcześniej alkohol i że nie wiedziała gdzie i po co jedzie. Rodzice zawiadomili policję, pacjentkę odnaleziono po kilkunastu godzinach w miejscu oddalonym ponad 100 km od domu. Nie wie dlaczego tam pojechała i niczego nie pamięta. Miesiąc później pacjentka podjęła drugą próbę samobójczą przez powieszenie. Matka odcięła linę, wezwała pogotowie i przez kilka dni pacjentka przebywała na obserwacji na oddziale internistycznym. Stamtąd przeniesiono ją do Szpitala Neuropsychiatrycznego w Lublinie, gdzie po 2 tygodniach pobytu wykluczono psychozę. Potem była leczona ambulatoryjnie olanzapiną i sertralina. Po pół roku nastąpiło ponowne pogorszenie stanu psychicznego z nasileniem myśli samobójczych, dlatego pacjentkę przyjęto do Kliniki Psychiatrii w Lublinie, celem obserwacji stanu psychicznego. W dniu przyjęcia pacjentka zorientowana auto- i allopsychicznie. Nastrój obniżony, obecne myśli suicydialne. Z wywiadu wiadomo, że okresowo pojawiały się przejściowe objawy psychotyczne (urojenia depresyjne, myślenie magiczne) a także zachowania dysocjacyjne w postaci fugi czy niepamięci niektórych wydarzeń i sytuacji. Przed przyjęciem do kliniki pacjentka wyobrażała siebie wiszącą na drzewie, co dość szczegółowo opisywała. Myśli samobójcze, które towarzyszyły pacjentce miały wg jej relacji charakter napadowy, pojawiały się nagle i były impulsem do podjęcia działań.

Obserwacja pacjentki podczas pobytu w oddziale

W szpitalu badana szybko dostosowała się do rytmu życia w oddziale. Uczestniczyła w wizytach gabi-

netowych, zebraniach społeczności oraz uczęszczała na terapię zajęciową. Dbła o wygląd zewnętrzny, czytała książki, pomagała innym pacjentkom z sali i była dość aktywna. Czasami narzekała na senność w ciągu dnia i niemożność zaśnięcia wieczorem, prawie codziennie zgłaszała myśli samobójcze a także mówiła o tym, że wyobraża sobie iż wisi na kłamce w sali szpitalnej. Poza tym spokojna w zachowaniu, w logicznym kontakcie werbalnym. Prób samobójczych w klinice nie podejmowała.

Nastawienie do leczenia i personelu medycznego zmieniło się raptownie tydzień przed wypisaniem pacjentki do domu. Pacjentka stała się drażliwa, napięta, wulgarna, obrażała personel, twierdziła że nikt jej nie pomoże, żądała natychmiastowego wypisania do domu. W tej decyzji wspierała ją matka, która chciała córkę zabrać do egzorcysty i rozpocząć leczenie w oddziale dziennym. Ponieważ lekarz prowadzący nie zgodził się na wypis tłumacząc, że jest zagrożenie samobójcze, pacjentka przestała współpracować, nie wychodziła z sali, przestała być aktywna, nadal przejawiała agresję słowną w stosunku do personelu. Doszło do kilku sytuacji konfliktowych, bez agresji fizycznej. Po tygodniu od tych wydarzeń wypisano pacjentkę na żądanie jej oraz rodziny i poinformowano rodzinę o ryzyku samobójczym. Pacjentka opuściła klinikę z rozpoznaniem: Mieszane zaburzenia osobowości z elementami borderline i osobowości histrionicznej (F.60.8). Pacjentka podczas pobytu w Klinice przyjmowała: kwetiapinę do 450mg/dobę, lamotryginę do 100mg/dobę, olanzapinę do 20mg/dobę oraz sertralina do 50mg/dobę.

Metody badawcze

W badaniach zastosowano następujące metody psychologiczne:

1. MMPI-WISKAD to kwestionariuszowa metoda służąca do badania osobowości, stosowana w diagnostyce różnicowej.
2. Inwentarz Objawów Depresyjnych Becka i Pichota - służy do oceny nasilenia depresji
3. Test „Rysunek Rodziny” – to metoda projekcyjna, służąca do badania relacji w rodzinie.

Wyniki

1. MMPI-WISKAD: Profil możliwy do interpretacji, Wskaźnik Gougha +2. Układ skal kontrolnych wskazuje, iż badana jest nieskuteczna w radzeniu sobie z problemami życia codziennego, jest niestała i zmienna w okazywaniu uczuć. Może zgłaszać skargi na uczucie przygnębienia, zmęczenia. Pojawiać się mogą różnego rodzaju dolegliwości somatyczne, ale również poczucie odrzucenia i izolacji. Może czuć się niezrozumiana przez otoczenie. Kontakty z innymi płytkie, powierzchowne, unika wchodzenia w bliższe związki emocjonalne. Bada-

na przejawia dużą wrażliwość na reakcje innych ludzi, mogą pojawiać się zachowania acting out, po których pojawia się poczucie winy i przygnębienia.

2. Test Rysunku Rodziny: Zastosowano instrukcję: „ja i matka”, „ja i ojciec”, „moja rodzina”. „Ja i matka”, „ja i ojciec” – rysunki narysowane schematycznie, brak tła i podstawy, średni nacisk kreski, widoczny na rysunkach brak więzi emocjonalnej badanej z bliskimi członkami rodziny. Podobny schemat na rysunku „moja rodzina”, narysowana matka, ojciec, siostra i badana, wszyscy umieszczeni w odległości od siebie, brak osób waloryzowanych pod względem wielkości, jeden kolor kredki - brązowy, nacisk średni co świadczy o zahamowanej emocjonalności, brak tła i podstawy, widoczny brak poczucia bezpieczeństwa, słabe więzi rodzinne, narysowany stół który skupia przy sobie całą rodzinę, może stanowić symbol zjednoczenia rodziny i być życzeniowym sposobem na przedstawienie rodzinnych relacji.
3. Inwentarz Objawów Depresyjnych- wyniki wskazują na średnie nasilenie objawów depresyjnych – 25 pkt, najbardziej zaburzona jest sfera uczuciowości, w której dominuje poczucie beznadziejności, przygnębienia, niezrozumienia i izolacji. W sferze społecznej – małe zainteresowanie innymi ludźmi, trudności w podejmowaniu decyzji, trudności w radzeniu sobie z problemami. W sferze somatycznej – męczliwość, trudności ze snem, spadek aktywności.

Przeprowadzone badania psychologiczne wykluczyły depresję i proces psychotyczny.

Omówienie

Przedstawiono opis przypadku 22-letniej pacjentki, przyjętej do Kliniki Psychiatrii UM w Lublinie celem obserwacji stanu psychicznego po podjętej przez pacjentkę próbie samobójczej. Pacjentka wychowywała się w domu gdzie ojciec nadużywał alkoholu, znęcał się psychicznie i fizycznie nad rodziną a matka pozostawała bierna i nie potrafiła uchronić pacjentki ani jej siostry. Efektem dorastania w takiej rodzinie jest ujawniający się później syndrom DDA [1]. Zaburzona osobowość jak i patologiczny dom skutkują zmianami w życiu dorosłym. U dorosłych dzieci alkoholików mogą pojawiać się różnorakie zachowania, przybierające formę zaburzeń opisanych jako borderline lub histrionicznej. Jednym z takich zachowań jest impulsywność, gwałtowność, robienie czegoś nagle. Osoby te również dość szybko doświadczają zmian w nastroju, co skutkuje chwiejnością emocjonalną. Niezrozumienie oraz nieumiejętność odnalezienia swojego miejsca w świecie to główne problemy z którymi borykają się osoby z rozpoznaniem osobowości borderline [2, 3]. Inne cechy to

zaburzony obraz samego siebie, skłonność do angażowania się w niestabilne związki, powtarzające się działania samouszkodzające [4]. Osobowość z pogranicza charakteryzuje też niezdolność do kontrolowania zachowań emocjonalnych, oraz pozornie dobre przystosowanie społeczne [5]. Częste w tej grupie są myśli i tendencje samobójcze, nierzadko poważne próby samobójcze i skłonność do stałego utrzymywania się takich tendencji o różnym stopniu nasilenia [5], a 10% spośród tych pacjentów kończy życie śmiercią samobójczą

Osobowość histrioniczna (F 60.4) z kolei ma podłoże w niestabilności relacji rodzic-dziecko, co skutkuje zaniżonym poczuciem własnej wartości dziecka. To powoduje, że osoba z niską samooceną chce wyrzucić wrażenie na innych zachowując się w specjalny sposób [7]. Inne cechy to płytkość i chwiejność uczuciowości, przesadna ekspresja emocjonalna, egocentryzm, pragnienie uznania [8]. Ponieważ opisywana pacjentka przejawiała większość cech ze spektrum osobowości borderline oraz histrionicznej dlatego też została wypisana z rozpoznaniem F.60.8 (Mieszane zaburzenia osobowości z elementami borderline i osobowości histrionicznej).

Bibliografia

1. Margasiński A., Rodzina alkoholowa z uzależnionym w leczeniu, Impuls, Kraków, 2011, 129-135.
2. Skrzypczyk W. Dzieci alkoholików – zdarzenia traumatyczne, Fundacja Wspierania Rozwoju Pełnego Zdrowia, Łódź, 2000.
3. Gunderson J.G.: Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide. American Psychiatric Press, Washington 2001.
4. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i problemów Zdrowotnych, Rewizja 10, Rodział V, ICD-10, Vesalius, Kraków, 1994, 50.
5. Paris J., The Outcome of Borderline Personality Disorder: Good for Most But Not All Patients. Am J Psychiatry 2012;169:445-446.
6. Soloff P., Chiapetta L. Subtyping Borderline Personality Disorder by Suicidal Behavior. J Pers. Disord. 2012; 26(3):468-480.
7. Clarkin J.F., Yeomans F.E., Kernberg O.F.: Psychoterapy for Borderline Personality. John Wiley & Sons, New York 1999.
8. Jakubik A., Zaburzenia osobowości W: red. Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. Psychiatria, Tom II, Psychiatria kliniczna, Urban&Partner, Wrocław, 2002, 610-611.
9. Janovsky David Zaburzenia osobowości W: Psychiatria tom II Aktualności w rozpoznawaniu i leczeniu, red. Ebert H., Nurcombe B., Loosen P., Leckman J. Wydawnictwo Czelej, 2011, 703-705.