

## Zespół urojeniowo-podobny w przebiegu przewlekłej sytuacji urazowej – opis przypadku

Delusional-like syndrome in chronic traumatic situation - case report

Aneta Perzyńska-Starkiewicz, Anna Wójcicka

Katedra i Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

---

### Streszczenie

Przedstawiono opis przypadku 47-letniej kobiety, która została przyjęta do Kliniki Psychiatrii UM w Lublinie ze wstępnym rozpoznaniem psychozy parafrenicznej. Kobieta w okresie inwolucji, dotychczas nieleczona psychiatrycznie została skierowana do psychiatry przez zakonnika w związku ze staraniami o uznanie jej za osobę wybraną przez Boga. Przeprowadzono dokładny wywiad psychiatryczny z pacjentką. Wykonano szereg testów psychologicznych oceniających między innymi jej możliwości intelektualne, istnienie ewentualnych zmian organicznych w mózgu a także dokonano oceny i interpretacji cech osobowości pacjentki. Stwierdzono, że iloraz inteligencji w skali pełnej kształtuje się na poziomie inteligencji wyższej niż przeciętna, brak jest objawów organicznego uszkodzenia mózgu a wyniki badań psychologicznych wskazują jako przyczynę trudności badanej – nieprawidłowe cechy osobowości. W oparciu o wywiad, badanie psychiatryczne i psychologiczne stwierdzono, że prezentowane przez pacjentkę zaburzenia miały charakter niepsychotycznego zespołu kompensacyjnego. Nieprawidłowe wypowiedzi pacjentki były fantazjami urojeniowo podobnymi. Zalecono pacjentce terapię rodzinną ukierunkowaną na poprawienie relacji w rodzinie oraz psychoterapię o charakterze wspierającym.

*Słowa kluczowe:* zespół urojeniowo podobny, sytuacja urazowa

### Abstract

The case describes 47-year-old woman who was admitted to the Department of Psychiatry, at Medical University of Lublin, with the preliminary diagnosis of paraphrenia. Woman in the period of involution, untreated psychiatrically, has been sent to a psychiatrist by a monk, who wanted the woman to be recognized as a person chosen by God. Detailed psychiatric interview was conducted with the patient. A series of psychological tests included assessment of her intellectual capabilities and the existence of any organic changes in the brain, as well as an assessment and interpretation of the patient's personality traits.

It was found that full scale IQ is at a higher level than average intelligence, and there are no signs of organic brain damage. Psychological test results indicate (as the cause of difficulty of conducting the test) - abnormal personality traits. Based on the interview, psychiatric and psychological study, it was found that the disturbance presented by the patient was due to a non-psychotic compensatory syndrome. Abnormal patient's utterances were defined as delusional-like fantasies. The patient was recommended to attend family therapy, which aimed at improving relationships within the family, and also supportive psychotherapy.

*Keywords:* delusional-like syndrome, traumatic situation

---

### Wstęp

Fantazje o treści podobnej do urojeń opisał w 1908 roku Birnbaum. Są to produkcje podobne do urojeń o treści między innymi wielkościowej, nie mają trwałości urojeń, są powierzchowne, zmienne, zależne od sytuacji. Występują też jako urojeniowe zafałszowanie wspomnień, fantazje, pojedyncze idee. Powstają w drodze autosugestii u osób labilnych emocjonalnie. Często występują w reaktywnych zaburzeniach u więźniów jako odpowiedź na sytuację przeciążeniową. Zaburzenia o charakterze pseudourojeń występują też w reakcjach histerycznych [1].

### Materiał - opis przypadku

Pacjentka E.S. lat 47, wykształcenie średnie, z zawodu dziewiarz (od kilku lat bezrobotna), mieszka z mężem,

dorośli synem i synową. Dotychczas nie była leczona psychiatrycznie.

Dane z wywiadu od pacjentki:

Pacjentka jest najstarsza z trójki rodzeństwa, ma młodszą o pięć lat siostrę i o osiem lat młodszego brata. Rodzice byli rolnikami, przez okres dzieciństwa pacjentka z rodziną mieszkała w Domu Pomocy, gdzie ojciec pracował w gospodarstwie rolnym. Wywiad sugeruje, że ojciec i brat nadużywali alkoholu. Problem ten dotyczył również małżonka badanej. Pacjentka neguje występowanie przemocy w rodzinie. Matka pacjentki była osobą bardzo religijną, aktywnie uczestniczyła w życiu religijnym i często chodziła z dziećmi do kościoła. Ojciec nie zabraniał praktyk religijnych ale rzadko brał w nich udział.

W szkole podstawowej pacjentka uczyła się średnio, potem naukę kontynuowała w liceum, z którego sama zrezygnowała po pierwszym semestrze. Twierdziła, że poziom była za wysoki i nie dawała sobie rady z nauką. Zdecydowała się zatem podjąć naukę w szkole dziewiar-skiej, którą ukończyła w 19 roku życia i podjęła pracę w zawodzie. Mając 21 lat wyszła za mąż, rok później urodziła syna. Mając 28 lat ponownie zaszła w ciążę, urodziła syna ale dziecko zmarło dzień po porodzie. Przez następne 7 lat zajmowała się pracą chałupniczą i prowadzeniem domu. Następnie podjęła pracę w sklepie odzieżowym. Stosunki ze współpracownikami układały się różnie, uważała że kierownik z kierowniczką spiskują za jej plecami, śmieją się z niej i obmawiają. Pracowała tam do 43 roku życia. Pomiędzy 43 a 45 rokiem życia pacjentki miało miejsce wiele ważnych dla niej wydarzeń. Nastąpiła zmiana w jej stosunkach z mężem dotycząca ich pożycia intymnego, gdyż mąż próbował stosować różne akcesoria erotyczne. Pacjentka „poczuła się zbrukana” i odmówiła współżycia. Od tamtej pory śpi oddzielnie.

W ciągu tego okresu pacjentka przeżyła operację torbieli gruczołu piersiowego. Oczekiwanie na wynik badania histopatologicznego było dla niej bardzo stresującym przeżyciem, tym bardziej że matka zmarła z powodu nowotworu piersi. Fakty te zbiegły się w czasie ze śmiercią ojca pacjentki, co było dla niej ważnym wydarzeniem, pomimo że nie była z nim mocno związana. W tym też czasie jedyny syn pacjentki zawarł związek małżeński z kobietą, której badana nie akceptowała. Synowa zamieszkała razem z nimi. Pacjentka podała, że z synową rzadko rozmawiała. Miała jej za złe, że odciąga syna od kościoła i że z powodu iż stosuje ona środki antykoncepcyjne jej syn nigdy nie doczeka się własnych dzieci. W związku z tym badana zaczęła modlić się o „czystość pożycia syna”.

W 43 roku życia pacjentka udała się na pielgrzymkę do Częstochowy, która okazała się momentem przełomowym w jej życiu. Podczas niej pacjentka odkryła w sobie zdolności bioenergoterapeutyczne i zinterpretowała je jako dar od Boga i jako pewien znak o byciu wybraną. Przekonanie to opierała na tym, że w czasie postojów wykonywała masaże i to usuwało zmęczenie i skurcze mięśni u innych uczestników pielgrzymki. Podczas mszy w Częstochowie usłyszała głos informujący ją, że ma udać się do rodziny osoby chorej, która również modliła się w tym czasie w kościele i przekazać im posłannictwo o konieczności modlitwy. Tak też uczyniła, po czym była przekonana o tym, że dzięki jej modlitwom ta osoba wyzdrowiała. W czasie modlitwy w Częstochowie badana zobaczyła „iskierki”, które zinterpretowała: „że może to fantazja a może Bóg tak działa”. Po powrocie z pielgrzymki do domu otworzyła działalność gospodarczą i przez 3 miesiące prowadziła gabinet bioenergoterapeutyczny. Ponieważ działalność ta nie przynosiła korzy-

ści finansowych, zlikwidowała ją. Zaczęła natomiast więcej czasu spędzać w kościele i coraz więcej modliła się w domu. Twierdziła, że była kierowana w celu wykonania różnych działań np. kupna krzyża na szyję. Odczuwała nękanie przez złego ducha, nasyłającego na nią myśli przeszkadzające w modlitwie (nie ujawniła jednak treści tych myśli). Przez jakiś czas chodziła w niebieskich okularach gdyż „zaczęła odczuwać uczucia innych ludzi” (np. złość) a okulary ją przed tym chroniły bo mogła nie patrzeć ludziom w oczy i tym sposobem unikała kontaktu z ich emocjami. Pytana czy możliwe jest przekazywanie myśli odpowiedziała, że loty w kosmos też kiedyś wydawały się niemożliwe a obecnie są faktem. Zaczęła również podejmować głodówki i uważała, że dzięki temu jej brat rozpoczął leczenie odwykowe. Okres głodówek i modlitw trwał przez półtora roku. Wtedy podczas już kolejnej pielgrzymki usłyszała w czasie mszy, że „Jezus bierze ją na swoje utrzymanie” co zinterpretowała jako wskazanie do życia tylko o komunii i wrodzie. Zaczęła tracić na wadze ale cały czas kontrolowała ciężar ciała. Taki ścisły post trwał 14 dni, potem zaczęła przyjmować soki aby nie dostać awitaminozy. Po kilku tygodniach dołączyła do diety nabiał, aby jak to wyjaśniła, nie mieć osteoporozy. Taki post trwał 70 dni. Ponieważ mąż i syn zaczęli ingerować w jej sposób odżywiania, zinterpretowała to jako mieszanie się złych duchów. Po licznych rozmowach jakie badana odbywała z księżmi, dotyczących uznania jej przez kościół za świętą, trafiła do jednego z zakonników, który skierował ją do lekarza psychiatry. W wyniku tego pacjentka została przyjęta do Kliniki Psychiatrii z rozpoznaniem wstępnym zaburzenia urojeniowo-omamowe (parafrenia?).

Obserwacja zachowania pacjentki w trakcie pobytu w oddziale

W szpitalu badana dobrze i szybko dostosowała się do rytmu życia w oddziale. Podczas pierwszego badania od razu ujawniła bardzo skonkretyzowane oczekiwania względem swojej hospitalizacji mówiąc: „jeśli jestem chora to proszę mnie leczyć a jeśli jestem zdrowa to proszę wydać mi zaświadczenie, że jestem zdrowa psychicznie”. Kontakt słowny z pacjentką był łatwy do nawiązania, chociaż trudny do prowadzenia ze względu na wymijające odpowiedzi dotyczące ewentualnych objawów psychopatologicznych. Nastrój miała adekwatny do sytuacji. W pierwszych dniach hospitalizacji próbowała wywrzeć nacisk na kapelana kliniki aby zreorganizował swoją pracę, następnie zaczęła go ignorować. Wywieriała nacisk na pacjentki z sali aby więcej czasu poświęcały na modlitwy. Sama również tuż przed wizytą lekarską demonstracyjnie modliła się ustawiając klęcznik naprzeciw drzwi gabinetu lekarskiego. Zachowania takie nasilały się szczególnie po rozmowach z lekarzami zwłaszcza jeśli

poruszane były tematy dla niej nieprzyjemne lub dotyczące objawów chorobowych. Pacjentka nie inicjowała kontaktu z lekarzami z dwoma wyjątkami. Oba wydarzenia miały miejsce późnym popołudniem i badana zgłaszała się do lekarza dyżurnego. Za pierwszym razem twierdziła, że w czasie modlitwy wystąpił u niej ciąg skojarzeniowy pomiędzy postacią św. Kingi a pewną okolicą pod Lublinem. W związku z tym pacjentka zyskała przekonanie, że została poinformowana przez Boga o złożach soli w tej okolicy i przysłała do lekarza dyżurnego aby sprawdził w Internecie czy w tej okolicy jest prowadzone wydobycie soli. Drugi epizod wiązał się z wypowiedzią pacjentki, że kilka godzin wcześniej przyszedł na oddział, jak to określiła „zły człowiek”. Twierdziła, że mogła wyczuć złą energię i że „skażone” złą energią były również przedmioty, które pozostawił w oddziale (odwiedzający zostawił innej pacjentce jabłko). Badana zabrała te owoce, schowała do pudełka a pudełko postawiła na szafie. Następnie umyła się, przebrała i poinformowała lekarza, że zaradziła najgorszemu. W związku ze skargami na trudności ze snem w trakcie hospitalizacji otrzymywała Doxepin w dawce 25 mg na noc. W ciągu pobytu w klinice postu nie stosowała. Mimo wielokrotnych prób, nie udało się pozyskać do współpracy rodziny pacjentki.

Hipotezy badawcze:

1. Prezentowane zaburzenia miały charakter psychotyczny i odpowiadały ze względu na złożoność doznań, przy braku cech ubytkowych, psychozie parafrenicznej.
2. Ujawnione zaburzenia były dysfunkcjami parafrenopodobnymi (myślenie katatymiczne, fantazje urojeniowo podobne, iluzje słuchowe i wzrokowe) o charakterze zmian kompensacyjnych u osoby z nieprawidłowymi cechami osobowości, znajdującej się w sytuacji przeciążeniowej.

### Metody badawcze

W celu weryfikacji hipotez zastosowano następujące metody psychologiczne:

- Skala Inteligencji Wechsler-Bellevue,
- Testy do badania organicznych uszkodzeń mózgu (Test L. Bender, Test Pamięci Form Geometrycznych, Test Graham-Kendall, Test Pamięci Wzrokowej Bentona),
- Wielokierunkowa Skala Diagnostyczna WISKAD,
- Test Przymiotnikowy ACL H. Gougha i A. Heilbruna,
- Kwestionariusz „Nastroje i Humory” A. Busse i A. Durkee,
- Kwestionariusz do badania zaburzeń osobowości SCID,
- Wywiad od badanej.

### Wyniki badań

Skala Inteligencji Wechsler-Bellevue

W badaniu zastosowano tą skalę gdyż skala ta w sposób trafny, zgodny z funkcjonowaniem społecznym,

pozwała na ocenę poziomu umysłowego osób, których funkcjonowanie poznawcze jest niższe od przeciętnego, wobec danych z wywiadu (m.in. trudności w nauce szkolnej).

Badana uzyskała następujące ilorazy inteligencji:

Iloraz int. werbalny 117

Iloraz int. wykonawczy 122

Iloraz int. pełny 121.

Testowo określona intelektualna sprawność osoby badanej odpowiada inteligencji wyższej niż przeciętna. Różnica pomiędzy werbalnymi a niewerbalnymi umiejętnościami jest nieznacząca choć nieco lepiej badana operuje materiałem niewerbalnym. Na dobrym poziomie rozwinięta jest zdolność myślenia pojęciowo-abstrakcyjnego, zdolność operowania cyframi w zakresie czterech działań podstawowych oraz zdolności analityczno – syntetyczne. Badana przejawia dobry zasób wiedzy ogólnej, praktycznej oraz umiejętności korzystania z doświadczenia życiowego a także zdolność sądzenia w sytuacjach społecznych. Właściwie rozwinięta jest zdolność spostrzegania rozumiana jako umiejętność rozróżniania rzeczy istotnych od nieistotnych oraz umiejętność tworzenia całości z poszczególnych elementów. Nieco gorzej rozwinięta jest zdolność myślenia przyczynowo – skutkowego, rozumienie stosunków społecznych i koordynacja wzrokowo-ruchowa. Zawężony jest także zakres pamięci słuchowej bezpośredniej.

Wyniki testów do badania uszkodzeń organicznych mózgu kształtują się w granicach normy i nie wskazują na istnienie u badanej objawów organicznego uszkodzenia mózgu. Ilościowo wyniki przedstawiają się następująco: Test L. Bender =38 (norma), Test Graham-Kendall=2 (norma), Test Bentona= 0, -1 (norma). Prawidłowa jest percepcja wzrokowa, pamięć wzorów geometrycznych i sposób odtworzenia ich z pamięci.

Analiza formalna testu WISKAD wskazuje na następujące cechy: profil średni, iglicowy, nachylenie pozytywne.

Analiza kliniczna: kod: 82'76419, wskaźnik Gougha -1 pozwala na interpretację kliniczną profilu.

Wyniki skal kontrolnych (L=60, F=73, K=53) wskazują na obniżenie u badanej sprawności mechanizmów obronnych, na postawę pesymistyczną i niewiarę w własne możliwości a także niezadowolenie z siebie. W dominującym zespole objawów (Pa=67, Pt=69, Sc=89) charakterystyczne są skargi na uczucie niepokoju i napięcia. Analiza pytań nie ujawniła objawów psychopatologicznych wskazujących na chorobę psychiczną. Ujawniła natomiast trudności w radzeniu sobie z obowiązkami i trudności w przewycięzaniu sytuacji stresowych. Badana może przejawiać dużą wrażliwość na reakcje innych a to powoduje unikanie wchodzenia w bliższe związki emocjonalne i trzymanie ludzi na dystans. Charakterystyczne jest wyobcowanie, przeżywanie poczucia inności, obniżony nastrój i spadek inicjatywy. W badaniach testem ACL w obrazie realnym badana ujawniła się jako osoba

z trudnościami w przystosowaniu się do wymagań życia codziennego, z ambiwalentnym stosunkiem do innych. Może wyrażać sprzeciw w nieprawidłowy sposób. Jest osobą podporządkowaną, upartą, z potrzebą porządku i organizacji. Charakteryzuje ją stanowczość i wysoka samokontrola. Nie wykazuje potrzeby zmiany. W obrazie idealnym badana jawi się jako bardziej dominująca, bardziej pewna siebie, z mniejszą potrzebą wsparcia. Chciałaby być lepiej przystosowana oraz bardziej twórcza i wytrwała. Zaznacza potrzebę lepszych kontaktów z innymi i potrzebę większej odpowiedzialności i zdyscyplinowania.

W badaniu Kwestionariuszem „Nastroje i Humory” badana ujawnia się jako osoba skłonna do irytacji i drażliwości. Łatwo złości się i niecierpliw. Mogą pojawiać się u niej wyrzuty sumienia spowodowane złymi myślami i poczuciem, że prowadzi nieodpowiedni styl życia. Badana ma tendencje do wyrażania agresji wprost, nie jest natomiast podejrzliwa a współczynnik wrogości jest niski.

Wyniki uzyskane w kwestionariuszu SCID wskazują na cechy osobowości o typie obsesyjno - kompulsyjnym ze szczególnym wskazaniem na sztywność, upór, nadmierne skupianie się i powtarzalność.

### Podsumowanie

1. Iloraz inteligencji w skali pełnej u badanej kształtuje się na poziomie inteligencji wyższej niż przeciętna
2. Brak jest objawów organicznego uszkodzenia mózgu
3. Badania psychologiczne wskazują jako przyczynę trudności badanej – nieprawidłowe cechy osobowości.

Potwierdza to hipotezę drugą, mówiącą o niepsychotycznym zespole kompensacyjnym a wyklucza istnienie choroby psychicznej pod postacią psychozy parafrenicznej czy psychozy kompensacyjnej w postaci zespołu fantomatycznego [2]. Nieprawidłowe wypowiedzi pacjentki miały charakter fantazji urojeniowo podobnych. Wśród cech zaburzonej osobowości wskazać należy na słabe związki uczuciowe z innymi ludźmi, na małą zdolność do przewycięzania sytuacji stresowych, na niską samoocenę i poczucie bezradności. Skutkami tych cech jest słaba adaptacja społeczna badanej a także przejawianie wprost agresji, irytacji i drażliwości oraz potrzeba realizowania się nawet w wymyślanym świecie iluzji. Za niepsychotycznym charakterem zaburzeń przemawia też fakt, że pacjentka nie otrzymywała żadnych leków neuroleptycznych a jedynie małe dawki leku przeciwdepresyjnego.

Zalecono terapię rodzinną ukierunkowaną głównie na poprawienie relacji z synem i synową oraz psychoterapię o charakterze wspierającym, z możliwością omawiania bieżących wydarzeń, sytuacji i problemów pacjentki.

### Piśmiennictwo

1. Uszkiewiczowa L. Zaburzenia reaktywne i symulacja w praktyce sądowo – psychiatrycznej. Warszawa; PZWL: 1966.
2. Masiak M., Perzyński J. Przypadek zespołu fantomatycznego. Psychiatria Polska, 1975; 9(3): 339- 341.

### Correspondence address

Aneta Perzyńska-Starkiewicz  
Katedra i Klinika Psychiatrii UM w Lublinie  
Lublin, ul. Głuska 1, 20-439 Lublin  
tel. 81 744 09 67