

Schizofrenia somatopsychiczna – opis przypadku

Somatopsychic type of schizophrenia – case report

Monika Michalak, Monika Lekan, Matylda Japola-Januszewska,
Janusz Perzyński

Katedra i Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Streszczenie

Cel: Przedstawiono przypadek schizofrenii odpowiadającej obrazem klinicznym schizofrenii somatopsychicznej opisanej przez M. Bornaštajna.

Przypadek: 46-letni mężczyzna z nawracającymi objawami somatycznymi, bez podłoża organicznego, znaczną utratą masy ciała, kacheksją (masa ciała 45 kg, wzrost 174 cm, BMI 14), z towarzyszącymi objawami psychicznymi m.in. zblednięciem afektu, myślami samobójczymi, bezsennością

Komentarz: Występujące u pacjenta objawy somatyczne bez podłoża organicznego jako przejaw schizofrenii somatopsychicznej wg M. Bornaštajna

Słowa kluczowe: schizofrenia somatopsychiczna, opis przypadku, trudności diagnostyczne

Abstract

Aim: A case of schizophrenia which matches classical descriptions given by the creator of the term somatopsychic schizophrenia (M. Bornaštajn)

Case: A male patient aged 46, suffering from recurring physical symptoms without any organic disease, the significant loss of weight, *cachexia (BMI 14) accompanied by mental symptoms such as suicidal ideation and insomnia.*

Commentary: The patient's physical syndromes may be an expression of somatopsychic schizophrenia.

Keywords: somatopsychic schizophrenia, case report, difficulties with diagnosis

Wstęp

Określenie "schizofrenia somatopsychiczna" wprowadził polski psychiatra Maurycy Bornaštajn (1874-1952) – kierownik Katedry Psychopatologii Uniwersytetu Łódzkiego, a następnie Akademii Medycznej w Łodzi [1]. Pojęcie to po raz pierwszy zostało umieszczone w podręczniku pt. "Zarys psychiatrii klinicznej dla lekarzy i uczących się" z 1922 roku. Postać somatopsychiczna schizofrenii została zdefiniowana w nim następująco: "Jeżeli od zespołu stanowiącego osobowość, w pewnym momencie życia odszczepiają się (zazwyczaj staje się to nagle), uczucia organiczne (cenestezje), występuje na skutek tego obraz kliniczny, w którym na plan pierwszy występują omamy, złudzenia i urojenia, dotyczące wyłącznie własnego ciała, natomiast objawy ogólne, jak zaburzenia skojarzeniowe, nie uwydatniają się prawie wcale. Chorzy tacy są zwykle zupełnie przytomni, zorientowani pod każdym względem, przystępni, rozmowni (zwłaszcza na temat własnej choroby), skarżą się – i skargom tym towarzyszy silny afekt depresyjny" [2].

M. Bornaštajn zaznacza, że czas trwania objawów może być różny, od kilku tygodni do kilku lat,

a przypadki kiedy dochodzi do szybkiego wystąpienia "objawów ogólnych schizofrenicznych" wskazują na przynależność tej jednostki chorobowej do grupy schizofrenii. Według autora w większości przypadków dochodzi jednak do znacznej poprawy i afekt depresyjny stopniowo zanika, a urojenia ulegają korekcji.

Z obserwacji Bornaštajna wynika, że postać somatopsychiczna schizofrenii jest rzadką odmianą kliniczną i może być jedynie fazą wstępną schizofrenii paranoidalnej bądź też jej postacią poronną [3]. Podkreśla również fakt, że typ somatopsychiczny w ogromnej większości przypadków jest reakcją na ciężkie przeżycia osobiste [8].

Podsumowując: w koncepcji Bornaštajna, schizofrenia somatopsychiczna jest postacią choroby, w której dochodzi do pojawienia się głównej mierze urojeń hipochondrycznych (dopuszczała obecność iluzji i omamów), objawy osiowe schizofrenii mogą być przez dłuższy czas w ogóle nieobecne i skargom tym towarzyszy afekt depresyjny [8].

Podobnie problem schizofrenii somatopsychicznej rozumiał Antoni Kępiński [4], natomiast Tadeusz Bilikiewicz interpretował to jako zespół paranoiczny hipochondryczny, który rozwija się na podłożu schizofrenii prostej,

wyłączając przypadki z obecnością nawet krótkotrwałych ostrych zaburzeń psychotycznych [5,6,8].

Współcześnie obowiązujące systemy klasyfikacyjne (ICD-10, DSM-IV) nie zawierają pojęcia schizofrenia somatopsychiczna, również wcześniejsze edycje ich nie zawierały. Mimo to zdarzają się przypadki odpowiadające opisowi tej choroby i mogą one sprawiać duże kłopoty diagnostyczne, nie tylko psychiatrom, ale i lekarzom innych specjalności.

Opis przypadku

Pacjent lat 46, kawaler, aktualnie mieszka z bratem, wykształcenie średnie techniczne. Od czterech lat na rencie. Jest to pierwsza hospitalizacja psychiatryczna pacjenta. Pierwszy kontakt z lekarzem psychiatrą w 2003 roku (pacjent miał wówczas 37 lat) z powodu narastających problemów ze snem (tylko 1 wizyta). Dwa miesiące przed hospitalizacją ponowny kontakt z psychiatrą z powodu obniżonego nastroju oraz problemów z zaśnięciem. Pacjent otrzymał: perazynę 25 mg/d, klomipraminę 20 mg/d. Z powodu znacznych problemów ze snem (trudności z zaśnięciem) pacjent od dłuższego czasu przyjmował diazepam oraz midazolam, które zalecił brat pacjenta, z zawodu lekarz.

Skierowany przez psychiatrę do Kliniki z powodu obniżonego nastroju, nieokreślonego lęku, jadłowstrętu oraz towarzyszących objawów somatycznych (ból żołądka po posiłku, nudności) (wykonana gastroskopia i kolonoskopia). Chory przyjmował coraz mniejsze ilości pokarmów i płynów, był niedożywiony, odwodniony. Przy wzroście 174 cm ważył 45 kg (BMI 14). W przeciągu ostatnich sześciu miesięcy stracił na wadze 10 kg. Dodatkowo utrzymywały się zaburzenia snu – sen krótki około 1 godziny w ciągu doby. Wywiad w kierunku występowania chorób psychicznych w rodzinie negatywny.

Przy przyjęciu pacjent w jasnej świadomości, napięty, drażliwy, wszystkie problemy tłumaczy dolegliwościami żołądkowymi. Twierdzi, że cierpi z powodu "wczesnej pełności poposiłkowej", używa też określenia "nadwrażliwość żołądka". Potwierdza występowanie myśli samobójczych z planem realizacji – skok z wysokości. Afekt błady. Skargi na bezsenność. Wyraził zgodę na leczenie twierdząc, że "jemu „już i tak nic nie pomoże”".

Z wywiadu: okres dzieciństwa i wczesnoszkolny chory wspomina dobrze, chociaż relacje z rodzicami i rodzeństwem ocenia jako chłodne. W tym czasie miał dość liczne grono znajomych z którymi utrzymywał kontakt. Do szkoły podstawowej poszedł o czasie. Uczył się dobrze, klas nie powtarzał. Problemy zdrowotne pojawiły się po raz pierwszy pod koniec szkoły podstawowej. Dominowały objawy dyspeptyczne, nadkwaśność, już wtedy ograniczał spożycie pokarmów. Według relacji pacjenta dolegliwości przeszły samoistnie, nie korzystał z pomocy lekarza. W okresie szkoły średniej pacjent czuł się dobrze, nie zgłaszał problemów ze zdrowiem. Zdał maturę, chciał studiować na Wydziale Prawa i Admini-

stracji, ale nie został przyjęty. Ponownie nie próbował zdawać egzaminów wstępnych, pracował na budowie, ale z powodu kontuzji kolana (zabieg operacyjny, długotrwała rehabilitacja) zmuszony był zwolnić się z pracy. Przez rok utrzymywał się z zasiłku dla bezrobotnych, po czym znalazł pracę jako dyspozytor, pracował tam przez 9 lat, w ocenie pacjenta praca była stresująca. W okresie zatrudnienia w ponownie wystąpiły dolegliwości somatyczne, według pacjenta, bardzo uciążliwe, uniemożliwiające przyjmowanie pokarmów, w wyniku czego nastąpiła znaczna utrata masy ciała. Z tego powodu był hospitalizowany w Oddziale Gastroenterologii, gdzie po obserwacji stanu pacjenta oraz wykonaniu badań rozpoznano dyspepsję czynnościową. Leczony był pantoprazolem, chlorowodorkiem itoprydu, metoklopramidem jednak bez efektu.

W tym samym czasie pojawiły się zaburzenia snu oraz nadużywanie alkoholu. Pacjent twierdzi, że pił alkohol małymi porcjami przez cały dzień, jednak nie dopuszczał do upicia. Jako powód sięgnięcia po alkohol podaje: "bo żołądek potrzebował". Zaprzestał picia alkoholu ponieważ bał się uzależnienia. Równocześnie atmosfera w domu chorego uległa pogorszeniu, dochodziło do awantur, relacje pacjenta z matką znacznie się ochłodziły, chory zaczął ją postrzegać jako "zamkniętą w sobie". Bywało, że w tym czasie pacjent zażywał 5 tabletek diazepamu w celu uspokojenia. Z wywiadu od pacjenta i jego brata wiemy, że chory w 2005 roku przebył dystonię powiek (blepharospasmus) (brak dokumentacji medycznej). Leczony był wówczas przez okulistę i neurologa. Wykonano tomografię komputerową głowy, która nie wykazała zmian ogniskowych, natomiast uwidoczniła nieadekwatne do wieku zaniki korowo-podkorowe z zaznaczonym poszerzeniem komór bocznych i komory trzeciej. Miesiąc po wykonanej tomografii zrobiono rezonans magnetyczny głowy, który również wykazał obecność nasilonego, nieadekwatnego do wieku zanikowego ścieńczenia warstwy korowej oraz uogólnionych zaników korowo-podkorowych. Z powodu dystonii powiek podawano toksynę botulinową oraz stosowano akupunkturę, jednak bez większego efektu. Podejrzewano chorobę Parkinsona, podawano lewodopę, co również nie przyniosło rezultatu. Dolegliwość ustąpiła samoistnie, w relacji pacjenta: "jak ręką odjął". Pacjent pytany o inne choroby, podaje hemoroidy, leczone krioterapią (również brak dokumentacji medycznej). Podobnie jak przypadku dystonii powiek leczenie nie spowodowało ustąpienia dolegliwości, dopiero wyjazd do sanatorium przyniósł poprawę. Chory podaje, że podobnie jak i w poprzednich przypadkach dolegliwości "tak samo jak niespodziewanie się pojawiły tak też i zniknęły". Brat podaje, że dodatkowo pacjent cierpi na chorobę Scheuermanna, podobnie jak w innych przypadkach brak potwierdzającej rozpoznanie dokumentacji medycznej.

Rok przed hospitalizacją podjął próbę samobójczą przez zażycie 40 tabletek diazepam, które popił 0,25 l wódki. Jako powód podaje narastające problemy rodzin-

ne oraz dolegliwości somatyczne, które jego zdaniem nie pozwalają mu normalnie funkcjonować.

Od dwóch miesięcy pacjent mieszka z bratem, do którego przeniósł się od rodziców i siostry. Poprawne kontakty ma jedynie z bratem, rodziców i siostry nie odwiedza. Pytany o relacje ze znajomymi odpowiada: "urwały się", "ja trochę zostałem w tyle". Chory twierdził, że "ma blokadę" przed poznawaniem nowych ludzi, ale nie widział w tym problemu, ponieważ "lubi samotność". Twierdzi, że nie miał potrzeby zakładania rodziny bo "nie chciał pracować na żonę", nie żałuje tej decyzji nazywa siebie "singlem". Cały czas skoncentrowany na swoim zdrowiu i funkcjonowaniu organizmu. Całe dni spędza w domu, czytając gazety i oglądając telewizję. Myśli o sprawach błahych, przyjemnych – wyjściu do restauracji, spacerze w lesie lub parku, jeździe samochodem. Nie podejmuje jednak tych aktywności ponieważ w swoim przekonaniu jest zbyt słaby aby wyjść z domu, a po zjeździe w restauracji na pewno nasiliłyby się dolegliwości gastryczne.

Dzień przed przyjściem do Kliniki pacjent miał wykonaną gastroskopię w trybie ambulatoryjnym, w badaniu nie stwierdzono patologii. (śluzówka żołądka o wyglądzie prawidłowym, opuszka dwunastnicy i część zstępująca w normie)

Podczas dwumiesięcznego pobytu w Klinice pacjent był spokojny, dostosowany w zachowaniu. Pojawienie się każdej nowej dolegliwości łączył z sytuacją stresową, twierdził również, że wszystkie choroby które u niego występowały, mijały pewnego dnia "jak ręką odjął" i nie miało to żadnego związku z leczeniem. Pacjent współpracował z personelem, chętnie uczestniczył w terapii zajęciowej. W obrazie chorobowym dominowały skargi somatyczne, zblednięcie afektu oraz zachowania i wypowiedzi stereotypowe. W czasie hospitalizacji nie wystąpiły objawy odstawienne po benzodiazepinach.

Ponownie wykonano tomografię komputerową głowy, która potwierdziła, że zaniki korowo-podkorowe nie mają charakteru progresywnego (porównano opis badania z 2005 roku). W trakcie hospitalizacji wykonano badania psychologiczne: testem Wechslera - WAIS-R w którym pacjent osiągnął wynik IQ 113. Najwyższy wynik uzyskał w testach: Wiadomości, Rozumienie oraz Układanki. Najlepsze funkcjonowanie w: inteligencja społeczna, zdrowy rozsądek, umiejętność syntezy, trwała pamięć werbalna oraz korzystanie z doświadczenia życiowego. Natomiast najsłabiej wypadł w testach: Klocki oraz Symbole Cyfr i Powtarzanie Cyfr. Następujące funkcje są w dolnej granicy normy a nawet poniżej: myślenie analityczne, percepcja wzrokowa, koordynacja wzrokowo-ruchowa, pamięć świeża, giętkość umysłowa, zdolność koncentracji.

Badanie testem WISKAD wskazało, że: "Badany nieświadomie wyolbrzymia już istniejące zaburzenia lub problemy. Brak wglądu w motywy swojego postępowania, mały krytycyzm. Profil wysoki dwufazowy. Badany ma zaniżoną samoocenę, obniżony nastrój, niskie poczu-

cie wartości. Doświadcza lęku, niepokoju i smutku. Wycofuje się z kontaktów społecznych. Czuje się osamotniony. Zaznaczona jest duża wrażliwość w relacjach interpersonalnych. Układ triady psychotycznej typowy dla schizofrenii prostej – dominuje wycofanie i wyobcowanie.

Badany jest nadmiernie zainteresowany swoim zdrowiem fizycznym i funkcjonowaniem organizmu jest osobą pesymistyczną, zgorzkniałą, szukającą opieki, w sytuacjach trudnych stosuje mechanizm obronny projekcji. Skargom na dolegliwości somatyczne towarzyszy obniżenie sprawności psychomotorycznej i umysłowej, oraz pesymistyczne rozmyślania. Zawężenie zainteresowań, bezradność. Przeżywa konflikty z samym sobą. Pojawiają się myśli natrętne, trudności decyzyjne i trudności z odprężeniem się – trudno mu się odprężyć i trudno zmobilizować. Skłonny do uciekania w świat fantazji i marzeń, ma poczucie wyobcowania i alienacji. Na podstawie wybranych z testu stwierdzeń można powiedzieć, że: pacjent czuje, że rodzinę nie obchodzi co się z nim dzieje (*Mój los jest wszystkim całkiem obojętny*), uważa, że rodzice ponoszą odpowiedzialność za większość jego niepowodzeń, ponieważ nie pomogli mu w wyborze szkoły i innych ważnych decyzjach (*Wiem kto ponosi odpowiedzialność za większość niepowodzeń*)"

Badanie Testem Pamięci Wzrokowej Bentona wykazało nabyte obniżenie funkcji poznawczych.

Pacjent w czasie pobytu w Klinice leczony był perazyną do 400 mg/d, chlorprothixenem do 15 mg/db. W wyniku ponad dwumiesięcznej kuracji uzyskano: zmniejszenie skarg na dolegliwości somatyczne (pacjent pytany o samopoczucie odpowiadał: "na żołądku wszystko w porządku"), przyrost masy ciała o 10 kg (m.c przy wypisie 56,5 kg) oraz normalizację snu. Pacjenta wypisano do domu z zaleceniami dalszego leczenia ambulatoryjnego oraz systematycznego przyjmowania leków: perazyna 400mg/d w trzech dawkach podzielonych.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań oraz obserwacji stanu psychicznego pacjenta rozpoznano zgodnie z obowiązującą klasyfikacją ICD-10 Schizofrenię prostą F 20.6.

Analizując przedstawiony przypadek dochodzimy jednak do wniosku, że najbardziej trafnym rozpoznaniem byłaby nieujęta w obowiązujących systemach – schizofrenia somatopsychiczna, opisana przez Bornsztajna.

Wydaje się, że dokumentowanie tego typu przypadków jest potrzebne nie tylko lekarzom psychiatrom, ale również lekarzom innych specjalności, ponieważ pacjenci u których urojenia nie są tak wyraziste, mogą – jak słusznie zauważa Tadeusz Bilikiewicz - "doprowadzić do rozpaczy nieznających diagnostyki psychiatrycznej lekarzy ogólnych i internistów"[5,6].

Piśmiennictwo

1. Herman E.: Neurologzy polscy. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich: 1958. s. 136-145.
2. Bornaštajn M.: Zarys psychiatrii klinicznej dla lekarzy i uczących się. Kraków-Lwów-Warszawa: Spółka Wydawnicza Lekarska: 1922 s. 89-90
3. Nowy przyczynek do tzw. schizofrenji somatopsychicznej i kilka słów o istocie schizofrenji Rocznik Psychiatryczny 21 (2), ss. 1-10, 1933
4. Kępiński A.: Schizofrenia. Kraków: Wydawnictwo Literackie: 2001 s. 116-118
5. Bilikiewicz T.: Psychiatria kliniczna. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich: 1969 s. 259-260
6. Wichowicz H., Wiśniewski G.: Zasadność posługiwania się pojęciem schizofrenii somatopsychicznej lub cenestopatycznej w świetle analizy materiału chorych leczonych w I Klinice Chorób Psychiczych AMG w latach 1989-1999. Przeg. Lek. 2003; 60,10: 625-629
7. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne "Vesalius" IPiN. Kraków-Warszawa 2000 s. 88-89
8. Wichowicz H., Cubała W.: Postaci somatopsychiczna i cenestetyczna schizofrenii: podobieństwa i różnice. Psychiatria Polska 2010; XLIV;2:163-172

Correspondence address

Adres: Katedra i Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie,
ul. Głuska 1,
20-439 Lublin