

Samouszkodzenia jako symptom prodromalny schizofrenii. Opis przypadku

Self-mutilations as prodromal schizophrenia symptom. A case study

¹ Zakład Psychologii, Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy Jana Kochanowskiego w Kielcach, Filia w Piotrkowie Trybunalskim.
Kierownik: dr Andrzej Witusik

² Klinika Zaburzeń Nerwicowych Związanych ze Stresem, Uniwersytet Medyczny w Łodzi.
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Wojciech Gruszczyński

Correspondence to: Dr Konstantinos Tsirigotis, Zakład Psychologii, Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy Jana Kochanowskiego w Kielcach, Filia w Piotrkowie Trybunalskim, ul. Słowackiego 114-118, 97-300 Piotrków Trybunalski, tel.: 44 732 74 00 w. 141, e-mail: Kostek@esculap.pl; psyche1@onet.eu; ewkom@poczta.onet.pl

Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Celem pracy było przedstawienie przypadku chorego na schizofrenię, który przed ostatecznym zdiagnozowaniem schizofrenii dokonywał samouszkodzeń. Pacjentem był student w wieku 23 lat, a powodem zgłoszenia do psychologa samouszkodzenie. Zgłosił się z matką, zaniepokojoną jego czynem. Pacjent był zorientowany prawidłowo co do miejsca, czasu i własnej osoby, w kontakcie pozornie dobrym. Na lewym ramieniu widać było ranę ciętą. Odczuwał stany agresji, co było powodem dokonywania samouszkodzeń. Prowadził nocny tryb życia, wówczas inni ludzie nie przeszkadzali mu. Jego wypowiedzi były logiczne, zborne, brak było oznak zaburzeń myślenia. Nie sprawiał wrażenia przejętego swoimi przeżyciami i tym, co się z nim dzieje; wyrażane przez niego emocje nie były dostosowane do treści jego wypowiedzi. Jego profil w MMPI był „nerwicowy”, ale inne wskaźniki (kliniczne, diagnostyczne i różnicowe) nasuwały podejrzenie psychozy. Dane z wywiadu, rozmowy, obserwacji i MMPI sprawiły, że pacjent został skierowany do psychiatry z podejrzeniem zaburzeń schizofrenicznych. O objawach pozytywnych (produktywnych) zaczął mówić dopiero przy analizie treściowej pozycji krytycznych MMPI. Rozpoznanie psychiatryczne potwierdziło podejrzenia schizofrenii; został hospitalizowany i był leczony z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej. W tym przypadku początek schizofrenii był powolny, ubogoobjawowy, bez objawów ostrych. Przedchorobowa osobowość pacjenta nosiła cechy schizotymii, autystycznego izolowania się – najprawdopodobniej była to już osobowość schizoidalna. Zagadnienie izolowania się można rozpatrywać również w kategoriach zapotrzebowania na stymulację i optimum stymulacji. Odrębnym zagadnieniem są związki samouszkodzeń z substancjami (endorfyny, encefaliny itp.) wydzielanymi podczas tego typu autostymulacji. Powyższe dane potwierdzają jeszcze raz znaczenie diagnozy klinicznej (w odróżnieniu od psychometrycznej) i wagę jakościowej, klinicznej interpretacji danych psychometrycznych, testowych.

Słowa kluczowe: schizofrenia, samouszkodzenia, objawy prodromalne, osobowość przedchorobowa, diagnoza psychometryczna, diagnoza kliniczna

Summary

The aim of this case study was the presentation of a schizophrenic outpatient case, who has been committing self-mutilations prior to the schizophrenia diagnosis. The patient was a young student (23 years), and the reason of coming to the clinical psychologist was self-mutilation. He came with his mother, who was worried with about his behaviour. Patient's orientation about the place, time and his own person was proper, and the communication with him was apparently good. A cutting wound was on his left arm. He feels aggression and that's why he commits self-mutilations. He leads a night way of life because other people don't embarrass him. His statements were logical, coherent and lacking of thinking disorders signs. He didn't make any impression of being worrying about his experiences and what was happening with him; his expressed emotions were not adequate to his statements. His profile in the MMPI was "neurotic", but other indices (clinical, diagnostic and differentiating ones) aroused suspicion of psychotic (schizophrenic) disorders. Data derived from the interview, observation and the MMPI caused his sending to the psychiatrist with suspicion of schizophrenia. The patient began telling about his positive (productive) psychotic symptoms not before the MMPI critical positions content analysis. The psychiatric diagnosis confirmed the suspicion of schizophrenia; the patient was admitted to a psychiatric clinic and treated with a diagnosis of paranoid schizophrenia. In this case the outset of psychosis was insidious, lacking of acute symptoms. The preschizophrenic outpatients personality had traits of schizothymia, autistic withdrawal, and probably it was a schizoid personality. The issue of withdrawal one can consider in terms

of stimulation needs and stimulation optimum. A separate issue is the relation between self-mutilation and substances (endorphins, enkephalins etc.) being secreted while such a type of self-stimulation. The statements above once more confirm the significance of cooperation between clinical psychologist and psychiatrist, the importance of clinical diagnosis (vs. the psychometric one), as well as of the content clinical interpretation of psychometric and test data.

Key words: schizofrenia, self-mutilation, prodromal symptoms, preschizophrenic personality, psychometric diagnosis, clinical diagnosis

WSTĘP

Zagadnienie trafnego rozpoznawania różnego rodzaju zaburzeń w funkcjonowaniu psychologicznym, zwłaszcza diagnoza różnicowa, należy do najważniejszych w praktyce klinicznej. Zarówno trudności diagnostyczne, jak i klasyfikacyjne są od dawna znane – dość jasno zostały przedstawione w badaniach przeprowadzonych na początku lat 70. W badaniach tych wybrani psychiatrzy w Londynie i Nowym Jorku używali standardowego zestawu szczegółowych kryteriów różnicujących schizofrenię i zaburzenia afektywne. Na podstawie diagnozy tradycyjnej schizofrenię rozpoznano u 65% nowo przyjętych pacjentów w Stanach Zjednoczonych i jedynie u 34% w Londynie. Z kolei używając standaryzowanego narzędzia, schizofrenię stwierdzono u 32% pacjentów w Nowym Jorku i 26% w Londynie. Spośród pacjentów, których nowojorscy klinicyści tradycyjnie zdiagnozowali jako chorych na schizofrenię, przy użyciu standaryzowanego narzędzia u 42% stwierdzono inne zaburzenia, w tym: zaburzenia afektywne, zaburzenia osobowości i zaburzenia nerwicowe. Na rys. 1 przedstawiono różnice oraz zakres zgodności tradycyjnej diagnozy psychiatrycznej w Londynie i Nowym Jorku⁽¹⁻⁴⁾.

W literaturze przedmiotu znane są różne „nieschizofreniczne” typy początków czy prodromalne objawy schizofrenii, jak np. początek rzekomonerwicowy czy początek psychopatyczny⁽⁵⁻⁷⁾. Celem pracy jest przedstawienie przypadku chorego na schizofrenię, który przed ostatecznym zdiagnozowaniem schizofrenii dokonywał samouszkodzeń.

OPIS PRZYPADKU

Pacjentem był młody człowiek (23 lata), student III roku prawa, kawaler. Powodem zgłoszenia do psychologa było dokonanie samouszkodzenia (rana cięta lewego ramienia). Sam nie uważał, że była mu potrzebna pomoc specjalistyczna (psychologiczna czy, tym bardziej, psychiatryczna); zgłosił się z matką po jej usilnych namowach i staraniach – nalegała, gdyż była zaniepokojona jego czynem.

Z jej relacji wynikało, że czyn ten miał cechy *actio praeter expectationem* lub paragnomenu wg Brzezickiego bądź *actio inexpectata* wg Bilikiewicza^(3,5,6,8).

Pacjent na stałe zamieszkuje z rodzicami, a w trakcie roku akademickiego u siostry, która wraz ze swoim chłopakiem mieszka w miejscu studiowania (poza jego miejscem zamieszkania). W domu występuje swego rodzaju dysfunkcja rodzinna. Ojciec od początku lat 90. jest bezrobotny, mimo starań żony (matki pacjenta) załatwiającej mu różne prace, w domu także nie

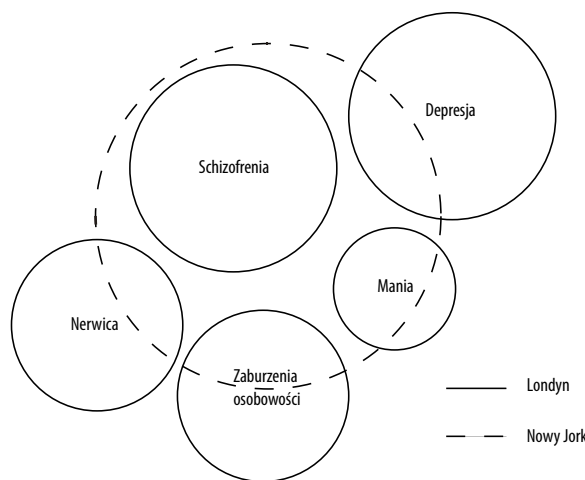
nie robi; z tego powodu często dochodzi do konfliktów, kłótni i awantur.

Według relacji matki pacjent w dzieciństwie często chorował (nie na poważne schorzenia), do VII klasy szkoły podstawowej, następnie przestał chorować. W tym samym mniej więcej okresie sprawiał też problemy wychowawcze, które również ustały. Obecnie, gdy jest pod wpływem alkoholu, matka stosuje wobec niego kary cielesne, bije go. Jego siostra podaje, że nadużywa alkoholu.

Matkę niepokoiły następujące objawy: zaniedbywanie wyglądu zewnętrznego w ostatnim czasie, poszukiwanie samotności, w większym stopniu stronięcie od ludzi, kłamstwa nawet w drobnych sprawach (choć w tym nastąpiła poprawa), długie (trwające godzinami) samotne wędrówki bez celu (poriomania?), kłopoty z koncentracją w nauce, brak radości życia, obserwowane coraz większe problemy, dokonywanie samouszkodzeń.

Pacjent zorientowany prawidłowo co do miejsca, czasu i własnej osoby, w kontakcie pozornie dobrym, pobudzony, w nastroju podwyższonym, wielomówny, pozornie chętny do kontaktu i współpracy. Po zewnętrznej stronie lewego ramienia rana cięta (głębokie cięcia o kilkucentymetrowej długości).

Zaprzeczał wielu stwierdzeniom matki (m.in. temu, że nauka dobrze mu szła na studiach – zawsze miał problemy i poprawki, a obecnie powtarza III rok). Chętnie opowiadał o swoich doznaniach. Odczuwał stany agresji i dlatego dokonywał samouszkodzeń. Prowadził nocny tryb życia, bo wówczas jest spokój, a inni ludzie nie przeszkadzają mu, może oddać się swoim „rozważaniom”. Samouszkodzenia to jego sposób



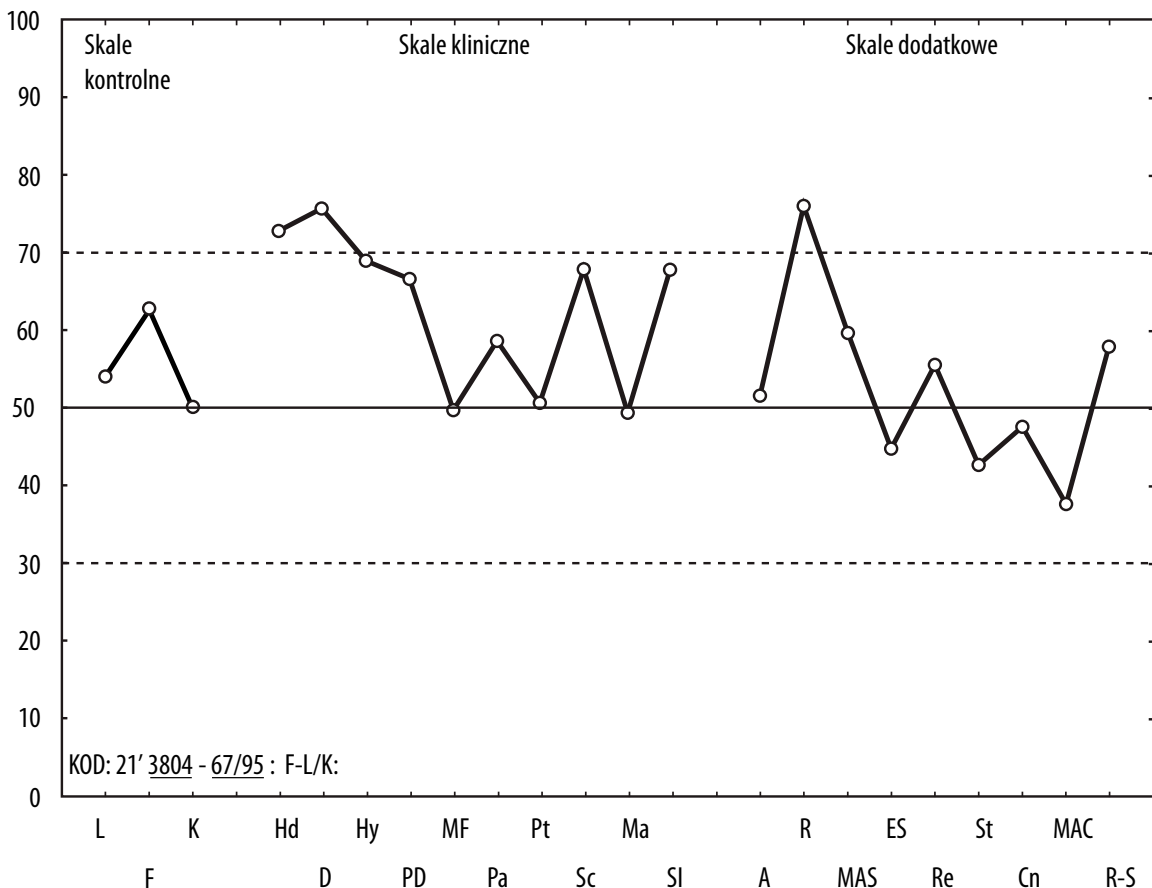
Rys. 1. Różnice w ujmowaniu schizofrenii między psychiatrami z Londynu a psychiatrami z Nowego Jorku⁽¹⁾

pozbycia się przykrego napięcia (złości i innych nieprzyjemnych czy negatywnych emocji); te stany silnego napięcia emocjonalnego (silnej złości) rozładowywał także za pomocą worka foliowego na głowie (asfiksjofilia?) i równoczesnej masturbacji. Lubił to uczucie „bezdechu” i zawrotów głowy, a także ból po cięciach. Przypadkiem odkrył, że to cierpienie przynosi mu ulgę; zaczęło się od gaszenia papierosów na dłoni, czego już zaprzestał, a śladów po takim przypalaniu także nie widać (prawdopodobnie ból był za silny). Przyjemność sprawiało mu opowiadanie o zadawaniu sobie cierpienia. Częściej działo się to u siostry (w miejscu studiów), ponieważ ona ze swoim chłopakiem częściej i dłużej przebywali w mieszkaniu niż rodzice, gdy u nich mieszkał. Czasem odczuwał tak silną złość i agresję, że pragnął, aby go ktoś sprowokował do wybuchu agresji fizycznej (np. ojciec, „szwagier”). W stanach tak silnej złości i agresji myślał o śmierci, ponieważ wyzwala od kłopotów i zmartwień; mimo że nie miał nic, dla czego warto byłoby żyć, samobójstwa nie zamierzał popełnić, póki żyła jego matka. Brak mu satysfakcji, poczucia szczęścia, nawet osiągnięcia i sukcesy nie wzbudzają w nim wielkiej radości (anhedonia?); ogarnęła go obojętność, robił wszystko z przymusu, na siłę, mechanicznie. Czuł, że jest „do niczego”, bo nie mógł np. uczyć się; na pytanie odpowiadał, że „czuje się”, a nie „jest” do niczego. Chciałby czuć się dobrze wśród ludzi i z ludźmi.

Jego wypowiedzi były logiczne, zborne, brak oznak zaburzeń myślenia. Nie sprawiał wrażenia przejętego swoimi przeżyciami i tym, co się z nim działo; wyrażane przez niego emocje nie były dostosowane do treści jego wypowiedzi, nie czuć „syntonii” między jego wypowiedziami a okazywanymi emocjami.

Choć z literatury wiadomo, że powierzchowne lub umiarkowane samouszkodzenia występują najczęściej u osób z zaburzeniami głównie osobowości, a wielkie u osób z zaburzeniami psychotycznymi⁽⁹⁻¹¹⁾, obraz i odczucia powstałe w wyniku wywiadu z matką, a przede wszystkim na podstawie i w trakcie rozmowy oraz kontaktu z pacjentem (*prácoxgefühl?*) były inne, kazały przyjrzeć się przypadkowi bliżej i dokładniej, poszukać jeszcze innych przyczyn. Postanowiono między innymi zbadać pacjenta za pomocą polskiej wersji MMPI^(12,13) i skierować do psychiatry. Profil osobowości chorego przedstawiono na rys. 2. Profil pacjenta w MMPI jest negatywny, opadający, „nerwicowy”, ze skalą psychopatycznych zaburzeń osobowości niewiele niższą niż skale „nerwicowe”. Widać, że skala schizofrenii jest od niej wyższa, ale też niższa niż skale „nerwicowe”; poza tym tzw. triada neurotyczna jest zdecydowanie wyższa niż triada psychotyczna.

Wyrażna jest również tzw. dolinka paranoidalna (Pa>Pt<Sc; skala Psychastenii niższa niż skala Paranoi i Schizofrenii), co oznacza, że należy sprawdzić pozostałe wskaźniki diagno-



styczne i różnicowe. Wartość pierwszego wskaźnika Goldberga (146) informuje, że profil pacjenta jest profilem dewiacyjnym (niezależnie od rodzaju zaburzeń czy dysfunkcji); drugi wskaźnik (-3) – że to profil psychiatryczny (a nie socjopatyczny), a trzeci wskaźnik (60) – że to profil psychotyczny (a nie nerwowy). Za hipotezą zaburzeń psychotycznych przemawia również podobieństwo profilu pacjenta do prototypowego profilu: neurotycznego, $r: 0,34$; psychotycznego, $r: 0,63$; socjopatycznego, $r: -0,58$. Jak widać, największe jest podobieństwo do profilu psychotycznego (z prototypowym profilem socjopatycznym związek jest wręcz odwrotny, ujemny).

Za występowaniem zaburzeń schizofrenicznych przemawiają wskaźnik OSI (174), wspomniana wcześniej dolinka paranooidalna oraz inne wskaźniki (Petersena, Taulbee-Sissona i in.). Zwłaszcza różnice w skali Pa i Sc ($Sc > Pa$) świadczą o możliwości utraty kontroli nad procesami poznawczymi. Wysokość skali SI (Introwersji Towarzyskiej) wskazuje na izolowanie, wycofywanie się i unikanie relacji interpersonalnych. Z powyższych danych wynika, że konfiguracja skal klinicznych i wskaźniki kliniczne wskazują na występowanie zaburzeń psychotycznych z kręgu schizofrenicznego.

Bardzo przydatne, szczególnie w diagnozie różnicowej, są tzw. pozycje krytyczne, czyli twierdzenia kwestionariusza, na które pacjent udziela odpowiedzi diagnostycznych. Najwięcej odpowiedzi diagnostycznych chory udzielił na twierdzenia z obszaru Chaosu Myślowego (73%) i Konfliktów Rodziny (75%); trochę mniej, ale nie bez znaczenia, w obszarze Stresu Związanego z Alkoholem (67%), Gotowości do Agresji (60%), Myśli Samobójczych (53%), Ostrego Stanu Lękowego (53%) i Problemów Seksualnych (50%).

Na podstawie powyższych danych z wywiadu, rozmów, obserwacji i MMPI pacjenta skierowano do psychiatry z podejrzeniem zaburzeń schizofrenicznych.

O objawach pozytywnych, produktywnych pacjent zaczął mówić dopiero przy analizie treściowej pozycji krytycznych; wcześniej, w trakcie wywiadu i rozmowy ani razu nie wspominał o takich doznaniach (jego bliscy też o nich nie wiedzieli). Przyznał, że mniej więcej od 2-3 lat słyszy szepty, głównie starego człowieka, o zmiennej intonacji (uspokajające go). Raz słyszał szepty w języku niemieckim, o następującej treści: „Bez obawy, bez bólu, my jesteśmy śmiercią, my jesteśmy dumą”; skorzystał ze słownika, żeby przetłumaczyć jeden wyraz. Poza tym słyszał też dźwięk metalowych prętów. Rzadziej miał dziwne doznania zapachowe (omamy wężowe?): zgniłe mięso, zgniła ryba (2-3 razy).

Rozpoznanie psychiatryczne potwierdziło podejrzenia schizofrenii. Zastosowano leczenie olanzapiną, do której dołączono pernazynę, a następnie Lerivon (lęki). Ponieważ leczenie ambulatoryjne nie przyniosło oczekiwanej poprawy, pacjenta hospitalizowano – jest leczony w Centralnym Szpitalu Klinicznym w Łodzi z rozpoznaniem schizofrenii paranooidalnej.

KOMENTARZ

W relacjonowanym przypadku początek schizofrenii był powolny, ubogoobjawowy, nie stwierdzono ostrych objawów psychotycznych; w obrazie dominowały objawy negatywne (ubytko-

we), natomiast pozytywne (produktywne) ujawniły się dopiero w trakcie wnikliwej rozmowy.

Przedchorobowa osobowość pacjenta nosiła cechy schizotypii, niewykluczone, że była to już osobowość schizoidalna. Unikanie ludzi mogło być wyrazem autystycznego izolowania się.

Skrajna, być może, schizotypia ujawniała się w poszukiwaniu samotności, unikaniu towarzystwa i odczuwaniu silnych nieprzyjemnych (negatywnych) emocji (rozdrażnienia, złości i agresji) w obecności innych ludzi; brak było takich emocji w nocy, gdy pacjent był sam.

Powyższe zagadnienie można rozpatrywać również w kategoriach zapotrzebowania na stymulację i optimum stymulacji – chorzy na schizofrenię unikają intensywnych bodźców i są nieodporni na stymulację zewnętrzną; jednym z podstawowych ich zaburzeń jest niezdolność do selektywnego odbioru informacji^(7,14,15). Istnieją również modele zakładające, że chorzy na schizofrenię są niezdolni do właściwego uporania się z masą dopływających informacji głównie dlatego, że nie mogą dokonać „przesiewu” nieistotnych bodźców, a zatem ich „pojemność kanałowa” jest przeciążona^(7,16). Podstawowym deficytem w schizofrenii może być niezdolność do poradzenia sobie z dopływającymi istotnymi informacjami; pacjenci ci zbyt wolno radzą sobie z takimi informacjami. Ten podstawowy deficyt może być umiejscowiony nie na najwyższym korowym poziomie (jak sądzili badacze, którzy podkreślali bardziej zaburzenia myślenia w schizofrenii), ani na peryferyjnym sensoryczno-percepcyjnym poziomie, ale raczej na poziomie przetwarzania danych, na którym informacje podlegają organizowaniu (lub kodowaniu) w celu prezentacji na najwyższych korowych (pośredniczących lub poznawczych) ośrodkach, gdzie zakodowane informacje są przyswajane (asymilowane) w apercypcyjną masę. Jeśli „załamanie” występuje na poziomie przetwarzania danych, wówczas ucierpią wszystkie następujące po tym operacje^(3,17). Problemy z uporaniem się z masą informacyjną i silną stymulacją (w postaci np. „gwaru” życia codziennego) mogą wywołać takie „negatywne” emocje, a noc odczuwana jest jako „oaza ciszy i spokoju” bez zakłócającego wpływu „dziennego chaosu”.

W tym miejscu warto przypomnieć, iż w przypadku 48% młodych ludzi po pierwszym epizodzie choroby stwierdzono co najmniej jeden epizod umyślnych samouszkodzeń; poza tym wykazano, że epizody samouszkodzeń mogą poprzedzać wystąpienie choroby. Mimo iż niewiele jest badań oceniających umyślne samouszkodzenia i ryzyko samobójstwa u chorych na schizofrenię, dowiedziono, że u tych pacjentów najczęściej wybieraną metodą umyślnych samouszkodzeń było nadużycie leków i cięcie skóry⁽¹⁸⁾.

Powyższe dane potwierdzają znaczenie diagnozy klinicznej (w odróżnieniu od psychometrycznej) i wagę jakościowej, klinicznej interpretacji danych psychometrycznych, testowych. Zwracają również uwagę na rolę psychologa klinicznego we wczesnym rozpoznaniu schizofrenii przebiegającej z tzw. objawami prepsychotycznymi. W omawianym przypadku pewne zaburzenia zachowania występowały mniej więcej od 2-3 lat i od początku wymagały leczenia psychiatrycznego. Z tego powodu ważna dla psychiatrów powinna być właściwa interpretacja diagnozy psychologicznej, gdyż wczesne rozpoczęcie leczenia gwarantuje jego skuteczność.

Odrębnym zagadnieniem są związki samouszkodzeń z substancjami (endorfyny, encefaliny itp.) wydzielanymi podczas tego typu autostymulacji, co powoduje podniesienie progu bólu i uczucia podobne do uczuć, które wywołują substancje psychoaktywne⁽¹⁹⁻²¹⁾.

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. Cooper J.E., Kendell R.E., Gurland B.J. i wsp.: Psychiatric diagnosis in New York and London. Oxford University Press, London 1972.
2. Gottesman I.I., Shields J.: Schizophrenia. The epigenetic puzzle. Cambridge University Press, New York 1982.
3. Tsirigotis K., Gruszczyński W.: Schizofrenia. Psychologia i psychopatologia (wybrane zagadnienia psychologii w schizofrenii). Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Kraków 2005.
4. Willerman L., Cohen D.B.: Psychopathology. McGraw-Hill Publishing Company, New York 1990.
5. Jaroszyński J.: Psychozy schizofreniczne. W: Dąbrowski S., Jaroszyński J., Pużyński S. (red.): Psychiatria. Tom I, PZWL, Warszawa 1987: 54-96.
6. Kępiński A.: Schizofrenia. PZWL, Warszawa 1981.
7. Tsirigotis K., Gruszczyński W.: Psychologiczny deficyt w schizofrenii. Badania nad Schizofrenią 2001; 3: 223-236.
8. Bilikiewicz T.: Schizofrenia przewlekła, czyli „prawdziwa”. W: Bilikiewicz A. (red.): Psychiatria kliniczna. Tom II, PZWL, Warszawa 1989: 194-217.
9. Favazza A.R.: Bodies under Siege. Self-mutilation in Culture and Psychiatry. The Hopkins University Press, Baltimore – London 1996.
10. Górska D.: Autodestruktywność u osób z pogranicza. Wybrane zagadnienia. Forum Oświatowe 2001; 2: 130-140.
11. Suchańska A.: Przejawy i uwarunkowania psychologiczne pośredniej autodestruktywności. UAM, Poznań 1998.
12. Matkowski M.: MMPI. Badanie – opracowanie – interpretacja. PTiRO, Poznań 1992.
13. Paluchowski W.J. (red.): Stosowanie i interpretacja kwestionariusza MMPI. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 1984.
14. Megaro P.E.: The paranoid and the schizophrenic: the case for distinct cognitive style. Schizophrenia Bulletin 1981; 7: 632-661.
15. Silverman J.: Scanning-control mechanism and cognitive filtering in paranoid and non-paranoid schizophrenia. J. Consult. Psychol. 1964; 28: 385-394.
16. Broadbent D.E.: Perception and communication. Pergamon, London 1958.
17. Yates A.J.: Data-processing levels and thought disorders in schizophrenia. Aust. J. Psychol. 1966; 18: 103-117.
18. Młodożeniec A.: Uwarunkowania kliniczne obecności i nasilenia myśli samobójczych u chorych leczonych z powodu schizofrenii paranoidalnej. Praca doktorska. IPiN, Warszawa 2009.
19. Konicki P.E., Schulz S.C.: Rationale for clinical trials of opiate antagonists in treating patients with personality disorders and self-injurious behavior. Psychopharmacol. Bull. 1989; 25: 556-563.
20. Richardson J.S., Zaleski W.A.: Endogenous opiates and self-mutilation. Am. J. Psychiatry 1986; 143: 938.
21. Stawicka M.: Autodestruktywność dziecięca – zarys zjawiska. Forum Oświatowe 2001; 2: 75-91.