



Schizofrenopodobny zespół depresyjny: opis przypadku

Schizophrenia-like depressive syndrome: case report

JANUSZ PERZYŃSKI, ADAM PERZYŃSKI

Z Katedry i Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej w Lublinie

STRESZCZENIE

Cel. Różnorodność obrazów klinicznych depresji zmusza psychiatrów do stałego wysiłku przy analizach symptomatologii i dynamiki atypowo przebiegającego schorzenia oraz do wnikliwej diagnozy różnicowej.

Przypadek. Przedstawiono pacjenta, u którego w wyniku mylnego rozpoznania schizofrenii i leczenia neuroleptykami, doszło do pogłębienia zmian schizofrenopodobnych. Pozytywny wynik leczenia przeciwdepresyjnego potwierdził diagnozę atypowej depresji.

Komentarz. Rozpoznanie najpierw zaburzeń urojeniowych, a następnie schizofrenii pozwala sądzić, że depresja na jaką zachorował pacjent miała charakter atypowy. Można sądzić, że wnikliwa analiza obrazu klinicznego zaburzeń depresyjnych przyczyni się do ograniczenia przedwczesnych, mylnych rozpoznań.

SUMMARY

Objective. The diversity of clinical patterns of depression requires a thorough differential diagnosis and constant effort from psychiatrists who analyse symptomatology and dynamics of a condition with an atypical course.

Case. A case is presented of a wrong diagnosis of schizophrenia – in consequence the patient was treated with neuroleptics and developed aggravated schizophrenia-like disorders. A good antidepressant treatment outcome confirmed the diagnosis of atypical depression.

Commentary. Since at first delusional disorders and then schizophrenia were recognized, it can be concluded that in this case depression was definitely atypical. It can be hoped that thorough analysing of the clinical picture of depressive disorders may reduce the number of premature false diagnoses.

Słowa kluczowe: depresja atypowa / depresja schizofrenopodobna / opis przypadku

Key words: atypical depression / schizophrenia-like depression / case report

Toczące się od 50 lat dyskusje nad odrębnością kliniczną tzw. depresji atypowej nie przyniosły rozwiązań pozwalających na ewentualne wyodrębnienie jej jako samodzielnej jednostki nozologicznej. W ostatnich latach podważa się także wartość kryteriów diagnostycznych zawartych w DSM-IV [1].

Różnorodność obrazów klinicznych depresji zmusza psychiatrów do stałego wysiłku przy analizach symptomatologii i dynamiki atypowo przebiegającego schorzenia oraz do wnikliwej diagnozy różnicowej. Podczas poprzednich spotkań w Szczyrku, poświęconych kazuistyce w psychiatrii, przedstawiliśmy przypadki atypowych depresji maskowanych m.in. urojeniami ciąży [2], kleptomanią [3] czy zaburzeniami typu euforycznego [4].

Obecnie przedstawiamy pacjenta chorego na depresję, u którego w wyniku błędnego rozpoznania schizofrenii stosowano przewlekłe leczenie neuroleptykami, co nasilając schizofrenopodobne objawy mogło sugerować prawidłowość mylnego rozpoznania.

OPIS PRZYPADKU

Pacjent H.J., 47-letni nauczyciel zawodu, był hospitalizowany w lubelskiej Klinice Psychiatrii od czerwca do grudnia 2003 r. Była to już trzecia – w ciągu niecałego roku

– hospitalizacja psychiatryczna. Wywiad wskazywał, że dotychczas poważniej nie chorował, nie zgłaszał też żadnych skarg na stan psychiczny. Był żonaty, miał czworo dzieci w wieku szkolnym. Żona, także nauczycielka, określała pacjenta jako człowieka bardzo wrażliwego, nieśmiałego, zamkniętego w sobie, skrupulatnego i pracowitego. Proszona o bliższe określenie charakteryzującej męża „wrażliwości”, podała jako przykład zachowanie męża sprzed roku, gdy został posądzony, jak się potem okazało niesłusznie, o zgubienie dziennika lekcyjnego. Przez kilka dni nie wychodził ze swego pokoju, nie jadł, nie mógł spać, nie chciał z nikim rozmawiać. Podobne zachowania przejawiał także wcześniej, w trudnych dla siebie sytuacjach.

W rodzinie nie było chorób psychicznych. Pierwsze dolegliwości pojawiły się jesienią 2002 r. Pacjent skarżył się na zmęczenie, uczucie zubożenia, nieokreślone lęki z jednoczesnym pobudzeniem seksualnym. Lekarz rodzinny zalecił przyjmowanie benzodiazepin, po których nastąpiła poprawa samopoczucia. Po następnych dwóch tygodniach dolegliwości nasiliły się, wystąpiło poczucie zagrożenia, pojawiły się sensytywność i wrażenie, że przechodnie na ulicy komentują jego zachowanie. Czasem słyszał urywki rozmów prowadzonych jakoby na jego temat. W artykułach prasowych i programach telewizyjnych dopatrywał się aluzji dotyczących jego życia, szczególnie gdy tematem

ich były sprawy związane ze sferą seksu. W tym okresie stracił apetyt, skrócił się sen, pojawiły się przygnębienie i myśli samobójcze. Pacjent został przyjęty do oddziału psychiatrycznego jednego ze szpitali centralnej Polski. W historii choroby zanotowano: „afekt błady, potwierdza odciąganie myśli, słyszy głosy, czuje się zagrożony, chce popełnić samobójstwo”. Rozpoznano „uporczywe zaburzenia urojeniowe”.

Po 6-tygodniowym leczeniu haloperidolem, a następnie 4-tygodniowym olanzapiną chorego wypisano. W jednej z ostatnich notatek podano: „sztynność emocjonalna, spowolnienie ruchowe, nie ma żadnych planów”.

Po wykorzystaniu miesięcznego zwolnienia pacjent wrócił do pracy. Okres ten relacjonował później: „chodziłem jak manekin, byłem cały sztywny, cały czas musiałem łykać ślinę, wszystko było mi obojętne”. Ponownie wystąpiły myśli samobójcze i doszło do rehospitalizacji w tym samym oddziale. Zapisy w historii choroby były podobne, z tym, że odnotowano skargi na wzrost popędu seksualnego i masturbację, powodujące u pacjenta poczucie winy. Po 8-tygodniowym leczeniu risperidonem pacjenta wypisano z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej, zalecając skorzystanie z zaopatrzenia rentowego.

W ocenie pacjenta, efektem drugiej hospitalizacji były: „jeszcze większa sztywność, nie mogłem ustać w miejscu, wniosek na rentę był dla mnie wyrokiem, myślałem żeby nie żyć, uwolnić siebie i rodzinę”.

Do hospitalizacji w Klinice lubelskiej doszło z inicjatywy żony, po trzech tygodniach od opuszczenia szpitala. Początkowo nie zgadzał się na przyjęcie do Kliniki, uległ jednak namowom żony i dzieci. W chwili przyjęcia zwracały uwagę znacznie nasilone objawy neurodysleptyczne. Maskowatość i naoliwienie skóry twarzy, spowodowane akatyzią dreptanie w miejscu, zdawkowy, powierzchowny kontakt słowny na pierwszy rzut oka kojarzyły się z obrazem przewlekłe chorego na schizofrenię.

Przez okres czterech tygodni pacjent otrzymywał jedynie wlewy kroplowe soli fizjologicznej i 5% glukozy z małymi dawkami diazepamu. W drugim tygodniu pobytu w Klinice udaremniono choremu próbę samobójstwa przez powieszenie. Stopniowo cofały się objawy pozapiramidowe, afekt sprawiający początkowo wrażenie „bladości”, stawał się coraz mniej „bladym” i przybrał postać wyraźnego smutku, który można było dostrzec także na twarzy. Poprawiał się kontakt słowny. W kolejnych rozmowach udało się odtworzyć przeżycia pacjenta od chwili pierwszych dolegliwości jesienią 2002 r. Początkowo było to uczucie zmęczenia i nieokreślony lęk, który następnie przybrał postać obaw przed utratą zdolności do pracy, którą lubił mimo trudności w nawiązaniu bliższych kontaktów z uczniami. Zaczął baczniej przyglądać się otoczeniu, czasem miał wrażenie, że zauważana jest jego niesprawność, że jest komentowana nawet przez obce osoby, miał wrażenie, że słyszy urywki złośliwych uwag. Potem pojawiały się obawy, że także w prasie i telewizji czynione są aluzje, nie tyle bezpośrednio do jego osoby ale do podobnych mu – jak określił – „nieudaczników”. Obwiniał się o powodowaną wzmocnieniem napięcia seksualnego masturbację: „to nie jest godne, to jakieś upodlenie... zamiast pracować siedzę w szpitalu i robię takie rzeczy...

tacy ludzie nie powinni żyć...”. Podczas pierwszej hospitalizacji do złego samopoczucia psychicznego stopniowo dołączało się złe samopoczucie fizyczne spowodowane wzrastającymi dawkami neuroleptyku. Okres ten pacjent opisał następująco: „nie mogłem zgiąć rąk w łokciach, wylewała mi się zupa z łyżki, nie mogłem się golić, wyglądałem jak bezmyślne zwierzę, tępe i zaślinione... bałem się, że przyjdą dzieci i zobaczą jakiego mają ojca...”. Po wypisaniu ze szpitala czuł się zubożony. Praca go nie pociągała jak dawniej, miał poczucie mniejszej sprawności psychicznej i fizycznej. Ponownie pojawiły się myśli samobójcze. Podczas drugiej hospitalizacji historia powtórzyła się. Wypisując się ze szpitala ze świadomości konieczności przejścia na rentę, pacjent zdecydowany był, do czego się nie przyznawał, na odebranie sobie życia. Utracił wszelką nadzieję i czekał na sposobną okazję aby zrealizować plany samobójcze. Na hospitalizację w Klinice lubelskiej zgodził się „dla świętego spokoju”, gdyż nalegała na nią cała rodzina.

Po ustąpieniu objawów pozapiramidowych pacjenta poddano leczeniu zabiegami elektrycznymi (14 zabiegów). Jednocześnie stosowano amitryptylinę w dawce 100 mg/die oraz lewopromazynę 25–50 mg/noc. Po zakończeniu kuracji zabiegami elektrycznymi dołączono karbamazepinę w dawce 600 mg oraz węglan litu w dawce 750 mg na dobę (poziom w surowicy krwi: 0,68 mEq/l).

Pacjenta wypisano w dobrym stanie psychicznym z zaleceniem dalszego leczenia ambulatoryjnego oraz – po wykorzystaniu płatnego rocznego urlopu zdrowotnego, przysługującego nauczycielom – powrót do pracy.

W przeprowadzonym po roku od wypisania z Kliniki badaniu katamnetycznym stwierdzono utrzymującą się poprawę. Pacjent kończył urlop i szykował się do powrotu do pracy. Kontynuował leczenie w poradni zdrowia psychicznego.

KOMENTARZ

Rozpoznanie u opisanego chorego najpierw zaburzeń urojeniowych, a następnie schizofrenii pozwala sądzić, że depresja na jaką zachorował pacjent miała charakter depresji atypowej. Zgodnie z obowiązującą klasyfikacją ICD-10 należałoby umieścić ją w kategorii diagnostycznej „inne epizody depresyjne” i oznaczyć symbolem F32.8 [5].

Atypowość obrazu klinicznego polegała na pierwszoplanowym wystąpieniu symptomów z kręgu zespołu paranoidalnego. Rejestrowane dodatkowo „bladość afektu” i wzmocnienie popędu seksualnego z masturbacją, mogły skłaniać ku rozpoznaniu zespołu schizofrenopodobnego. Na duże trudności w różnicowaniu różnych typów atypowych depresji ze schizofrenią zwracał uwagę Pużyński [6].

Omawiany pacjent zachorował jesienią 2002 r. Kolejne zaostrzenie pojawiło się na wiosnę 2003 r. Schizotypiczne cechy osobowości pacjenta nie mogły nie mieć wpływu na – jak określał to Kępiński – koloryt depresji.

W piśmiennictwie podnosi się istotną rolę osobowości w diagnozowaniu atypowych depresji. Ostatnie badania amerykańskie wskazują na rolę osobowości nie tylko w procesie diagnostycznym ale także w terapii depresji atypo-

wej [1]. Na emocjonalność pacjenta miały także duży wpływ przeprowadzane kuracje neuroleptyczne.

Pobieżne – jak się wydaje – badanie psychiatryczne nie pozwoliło na odróżnienie np. iluzji od omamów słuchowych, czy też sensytywności od nastawień ksobnych „na usługach depresji”.

Wzmożenie popędu seksualnego i masturbacja z pewnością nie przystają do sekwencji objawów składających się na obraz zespołu depresyjnego. Koncepcja psychofizjologiczna Jana Mazurkiewicza ujmuje depresję jako dysolucję wtórną, odsłaniającą aktywność pięter niższych ewolucyjnie. Tak więc popędowość, w tym seksualna, może pojawiać się w strukturze także zespołów depresyjnych. Można sądzić, że dokładne analizy obrazu klinicznego zaburzeń depresyjnych przyczynią się do ograniczenia rozpoznań atypowych depresji.

PIŚMIENNICTWO

1. Parker G, Parker K, Mitchell F, Wilhelm K. Depresja atypowa – zgodność wyników uzyskanych w Australii i USA. *Curr Opin Psychiatry* (wydanie polskie) 2005; 3 (4): 3–7.
2. Perzyński J. Atypowe nawroty depresji z urojeniami ciąży: opis przypadku. *Post Psychiatr Neurol* 1998; supl 2 (7): 75–6.
3. Perzyński J. Atypowe nawroty depresji z objawami kleptomanii: opis dwóch przypadków. *Post Psychiatr Neurol* 1998; supl 2 (7): 77–9.
4. Perzyński J. Odwracalne zespoły euforyczne po próbie samobójczej w przebiegu depresji: opis trzech przypadków. *Post Psychiatr Neurol* 2000; supl 3 (11): 71–5.
5. ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Kraków, Warszawa: Uniw Wyd Med „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1997: 11.
6. Pużyński S. Choroby afektywne nawracające. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria*. Tom 2. Wrocław: Wyd Med Urban & Partner; 2002: 368.

Adres: Prof. Janusz Perzyński, Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej, ul. Gluska 1, 20-439 Lublin