

Uporczywe zaburzenia urojeniowe o typie zubożenia – opis przypadku

Persistent delusional disorder with delusions of poverty – a case study

Patryk Rodek, Krzysztof Kucia

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach,
Wydział Nauk Medycznych w Katowicach Klinika Psychiatrii i Psychoterapii,
Katedra Psychiatrii Dorosłych

Summary

We present a case study of a patient who was hospitalized with the initial diagnosis of psychotic depression with predominant delusions of poverty. During his hospital stay despite antidepressant and antipsychotic treatment with 150 mg of sertraline and 20 mg of olanzapine per day, no symptomatic improvement was achieved. Besides, the psychotic features have risen to the fore along with inadequately vaguely expressed affective component. What drew attention was the coherence and permanence of delusional judgements, which, albeit variable in expression, always concerned one theme – the belief of an inevitable bankruptcy. The whole clinical picture, both with the objectifying interview defining the order of emerging symptoms, was suggestive and the verification of diagnosis was made. Persistent delusional disorder with delusions of poverty with subsequent mood disorder was diagnosed. The treatment with 275 mg of clozapine per day was started and we observed a slow gradual withdrawal of psychosis as well as a total normalization of the affective range. The case illustrates the importance of differential diagnosis of mental states in which psychotic features coexist with affective symptoms. It is helpful to determine the sequence of the symptoms development. It should be noted that although the ICD-10 classification distinguishes exclusively 7 subtypes of persistent delusional disorder, in the clinical practice we can encounter other thematic areas of psychosis. It brings substantial therapeutic and prognostic implications.

Słowa kluczowe: uporczywe zaburzenia urojeniowe, depresja psychiatryczna, urojenia zubożenia

Key words: persistent delusional disorder, psychotic depression, delusions of poverty

Historia pacjenta

Pan W., 40-letni biznesmen, dotychczas nieleczonej psychiatrycznie, zgłosił się do szpitala w towarzystwie żony, głęboko zaniepokojonej zmianą zachowania męża. Od ponad 20 lat prowadził dobrze prosperującą rodzinną firmę. Zawsze był głową rodziny, nieźle sobie radził w sytuacjach stresujących, a spotkania biznesowe czy przemówienia nie sprawiały mu większej trudności. Przed dwoma laty, co potwierdził wywiad obiektywny, wszedł w bliższe relacje z jedną ze swoich pracownic, która licząc na wymierne korzyści finansowe takiego układu, tym usilniej zabiegała o jego względy. Coraz bardziej napięta sytuacja w firmie sprawiła, że stał się osobą nerwową, drażliwą i żył w ciągłym stresie. Obawiał się, że żona odkryje jego niejasną relację z podwładną, co było dla niego szczególnie obciążające, ponieważ cieszył się opinią człowieka prawego, honorowego i całkowicie oddanego rodzinie. Od pięciu miesięcy stopniowo, coraz częściej i z większą, właściwą dla siebie stanowczością zaczął wypowiadać pesymistyczne sądy dotyczące sytuacji firmy i utraty jej płynności finansowej. Oczekiwał komorników, którzy mieli tylko czyhać na jego kolejny zły ruch, żeby podjąć działania zmierzające do niechybnej windykacji wszelkich dóbr, które wraz z żoną posiadał. Twierdził, że wszystko stracił, na jego kontaktach nie pozostały już żadne środki finansowe, a sam bez pieniędzy jest nikim. Na nic zdały się liczne próby perswazji ze strony żony i syna, przedstawiających mu stany kont, faktury i rachunki, z których jasno wynikało, że sytuacja w firmie jest stabilna. Wraz z nadejściem pandemii koronawirusa i związanym z tym przestojem światowej gospodarki obroty w firmie nieznacznie spadły, co tylko potwierdziło jego przekonanie o grożącej wszystkim jego bliskim katastrofie. Stał się osobą ponurą, pogrążoną w ciągłym smutku i poczuciu winy za doprowadzenie do upadłości finansowej całej rodziny. Zaczął roztrzącać katastroficzne wizje przyszłości dotyczące dzieci i wnucząt, nad którymi wisiało widmo życia w biedzie i głodzie. Często przesiadywał w pustym pokoju przy wyłączonym świetle i telewizorze, przygarbiony, ze spuszczoną głową, oczekując zbliżającego się końca. Bywały dni, gdy spożywał karmę dla psa, mówiąc, że na nic innego go nie stać i nie może sobie pozwolić na kolejne wydatki. Dzwonił również do przyjaciół, wielokrotnie dopytując o ich sposoby rozwiązywania zawodowych problemów, które dotychczas nie sprawiały mu żadnych trudności. Jego decyzje stały się pochopne i nieprzemysłane, jak najszybciej usiłował wyprzedać cały pozostały majątek, podpisując niekorzystne umowy, żeby tylko uchronić siebie i rodzinę przed bankructwem.

Odbył w tym czasie dwie teleporady psychiatryczne, podczas których lekarz rozpoznał epizod ciężkiej depresji z objawami psychotycznymi, rozpoczynając leczenie escitalopramem (20 mg), mianseryną (30 mg) oraz olanzapiną (5 mg), które przyjmował przez trzy tygodnie przed hospitalizacją. Pomimo wdrożonej farmakoterapii nie odczuł jakiegokolwiek poprawy. Co więcej, urojeniowe treści dotyczące finansowego zubożenia przybierały na sile i przewijały się już w niemal każdym wypowiedzianym zdaniu, wykluczając jakąkolwiek możliwość rzeczowej konwersacji. Po licznych namowach rodziny, pomimo początkowego znacznego oporu przed leczeniem szpitalnym, zgodził się na hospitalizację w Oddziale Psychiatrii. Przy przyjęciu opisano jego stan psychiczny następująco: „świadomość jasna, orientacja auto- i allopsy-

chiczna pełna, kontakt werbalny logiczny, nastrój głęboko obniżony bez większych wahań okołodobowych, stale niemal podbarwiony psychotycznym lękiem, afekt syntymiczny, słabo modulowany, napęd nieco zmniejszony, tok spójny, spowolniony, obecne urojenia zubożenia, bez omamów z jakiegokolwiek modalności, sen znacznie skrócony, utrudniona indukcja i wydłużona latencja snu, apetyt obniżony”. Nigdy wcześniej nie leczył się psychiatrycznie i nie wymagał pomocy psychologicznej. Chorował przewlekłe z powodu nadciśnienia tętniczego oraz insulinoniezależnej cukrzycy typu 2, przed sześciu laty przeszedł operację implantacji kardiostymulatora z powodu zespołu chorego węzła zatokowo-przedsionkowego. Negował nadużywanie alkoholu i przyjmowanie innych środków psychoaktywnych, co potwierdził wywiad obiektywizujący. Rodzinnie nie występowały zaburzenia psychiczne. W wykonanej tomografii komputerowej głowy z kontrastem nie ujawniono jakichkolwiek patologii, a parametry badań laboratoryjnych, poza nieznacznie podwyższonym stężeniem glukozy na czczo, były w normie.

Psychometryczna ocena nasilenia objawów depresji wykazała 30 pkt w skali Hamiltona. Odpowiedzi na wszelkie pytania dotyczące jego stanu zdrowia natychmiast kierował na temat utraty środków do życia i upadłości firmy. W jego wypowiedziach nie pojawiały się wątki suicydalne, jednak pojawiały się myśli rezygnacyjne, związane z bezsensu życia bez posiadania pieniędzy, a tym samym bez możliwości zapewnienia podstawowego standardu życia najbliższym. Odstawiono escitalopram i mianserynę, włączono do leczenia sertralinę w dawce 100 mg oraz zwiększono dawkę olanzapiny do 10 mg na dobę. Nie uzyskując poprawy w zakresie objawów psychotycznych, zwiększono w kolejnych dniach dawkę olanzapiny do 20 mg oraz sertraliny do 150 mg na dobę, kontynuując leczenie przez kolejne trzy tygodnie. Pomimo wprowadzonych modyfikacji system urojeniowy paradoksalnie utrwalił się i zaczął obejmować coraz to nowsze aspekty codziennego życia, w tym dotyczące stanu somatycznego. W rozmowach indywidualnych z całą stanowczością podkreślał, że jakiegokolwiek leczenie farmakologiczne nie ma sensu, a tabletki nie są przecież w stanie zmienić rzeczywistości, w jakiej się znalazł. Deklarował, że jakiegokolwiek leczenia po wyjściu ze szpitala kontynuować nie zamierza, nie będzie go bowiem stać na zrealizowanie recept. Martwił się stanem swojego rozrusznika serca, roztaczając wizję pewnej śmierci spowodowanej rozładowaniem się baterii, gdyż, jak podawał, nie będzie mógł sobie pozwolić na jej wymianę i wizytę u specjalisty. Dopytywał ponadto o finansowanie systemu opieki zdrowotnej, obawiał się, że i jego obecny pobyt w szpitalu stanie się kolejnym obciążeniem finansowym, który tylko przyczyni się do jego nieuchybnego i rychłego bankructwa. Całość obrazu klinicznego, jak i fakt braku odpowiedzi na terapię lekami przeciwdepresyjnymi wskazały na konieczność weryfikacji diagnozy depresji psychotycznej. Stosunkowo słabo wyrażone były objawy afektywne. Smutek czy anhedonia dotyczyły wyłącznie okresów o większym nasileniu psychozy i raczej wynikały z tematu urojeń, niż były ich potencjalnym źródłem. Odstawiono olanzapinę i sertralinę, włączono natomiast do leczenia kłozapinę w stopniowo zwiększanej przez 14 dni dawce, osiągając 300 mg na dobę. Ze względu na nieakceptowalną dla pacjenta sedację i ślinotok niezbędną okazała się redukcja dawki do 275 mg, którą przyjmował do samego końca hospitalizacji.

W trakcie intensyfikacji farmakoterapii zaobserwowano powolne wycofywanie się objawów psychozy. Treść dotychczasowych urojeń zaczął traktować jako „czekające go okoliczności”, z którymi przyjdzie mu się zmierzyć po wypisie ze szpitala. Przystały one budzić w nim tak wielki lęk i bezradność, a stały się przedmiotem analiz i dociekań na temat potencjalnych możliwości wyjścia z kryzysu. Choć przekonanie o upadku firmy wciąż było obecne, to coraz częściej mówił on o przyszłości w nieco jaśniejszych barwach. Widać było narastające dystansowanie się do tematyki urojeń. Całkowicie ustąpiły zaburzenia nastroju, uzyskał 4 pkt w *Skali depresji Hamiltona*. Wykonana diagnostyka profilu osobowości z wykorzystaniem kwestionariusza MMPI-2 wykazała obecność istotnych cech osobowości paranoicznej z dominującą sztywnością poznawczą oraz brakiem psychologicznej elastyczności. Na oddziale chętnie brał udział w zajęciach socjoterapeutycznych, nawiązywał liczne koleżeńskie interakcje z innymi pacjentami. Do samego końca hospitalizacji nie dopuścił do siebie natomiast możliwości, że jest chory, nie widział konieczności przyjmowania leków, na które zgadzał się głównie ze względu na prośby żony i syna. Pomimo znacznej redukcji objawów psychoza całkowicie nie ustąpiła, a urojenia zubożenia utrzymywały się na stałym, niskim poziomie.

Dyskusja

Prezentowany przypadek jest drugim na świecie opisem uporczywych zaburzeń urojeniowych o typie zubożenia, po raz pierwszy udokumentowanych przez Shaligram i Choudhury'ego w 2006 roku [2]. Same urojenia dotyczące finansowego zubożenia wpisują się najczęściej w szerszy obraz psychopatologii psychoz afektywnych, głównie depresji, i występują wraz z urojeniami winy, grzeszności, kary czy wręcz, w swoim największym nasileniu, z urojeniami nihilistycznymi [3]. W opisywanym przypadku rzeczywiście początkowy stan psychiczny pacjenta sugerował postawienie diagnozy depresji psychotycznej, choć już wtedy komponenta afektywna wydawała się niewspółmierna do nasilenia objawów psychozy. Znaczący był brak jakiegokolwiek odpowiedzi na leczenie lekami przeciwdepresyjnymi, stosowanymi w adekwatnej dawce przez odpowiedni okres przy jednoczesnej satysfakcjonującej redukcji objawów podczas leczenia przeciwpsychotycznego. Co więcej, wraz z ustępowaniem aktywności urojeniowej uzyskano znaczną poprawę w zakresie nastroju i ustąpienie anhedonii. Jest to kolejny przykład na to, że nie każda anhedonia wynika z pierwotnych zaburzeń nastroju, a może być wyrazem bezpośredniego przeżywania treści urojeń i często towarzyszy innym zaburzeniom i chorobom psychicznym.

Otwarte pozostaje pytanie o częstość występowania takiej korelacji zdarzeń, kiedy uporczywe zaburzenie urojeniowe indukuje wtórne zaburzenia nastroju. W diagnostyce różnicowej poszczególnych jednostek chorobowych, łączących w sobie zaburzenia nastroju z psychozą, niezwykle istotne jest ustalenie szczegółowej kolejności występowania objawów i dynamiki ich rozwoju. W tym wypadku to właśnie dokładne ustalenie chronologii i okoliczności wystąpienia objawów, potwierdzonych wywiadem obiektywizującym, przyczyniło się w dużej mierze do postawienia ostatecznej diagnozy.

Warto przyjrzeć się też roli przewlekłego stresu jako potencjalnego czynnika indukującego wystąpienie zaburzeń psychiatrycznych. Pośredniczą w tym neurobiologiczne mechanizmy nadmiernej dopaminergicznej odpowiedzi na zadziaływanie stresora w obrębie prądkowia przy jednoczesnej dysfunkcji płata czołowego [4–6]. W wypadku opisanego pacjenta, przy sztywności myślenia cechującej osobę z paranoicznym rysem osobowości, stres w postaci przedłużających się trudności rodzinnych wraz z koniecznością przystosowania się do nowej pandemicznej rzeczywistości, mógł okazać się wystarczającym czynnikiem spustowym do wywołania uporczywej aktywności urojeniowej.

Piśmiennictwo

1. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization; 1992.
2. Shaligram D, Choudhury P. *Monosymptomatic delusional disorder with delusion of poverty*. J ECT. 2006; 22(1): 77.
3. Jääskeläinen E, Juola T, Korpela H, Lehtiniemi H, Nietola M, Korkeila J i wsp. *Epidemiology of psychotic depression – Systematic review and meta-analysis*. Psychol. Med. 2018; 48(6): 905–918.
4. Mizrahi R, Addington J, Rusjan PM, Suridjan I, Ng A, Boileau I i wsp. *Increased stress-induced dopamine release in psychosis*. Biol. Psychiatry 2012; 71(6): 561–567.
5. Thompson JL, Pogue-Geile MF, Grace AA. *Developmental pathology, dopamine, and stress: A model for the age of onset of schizophrenia symptoms*. Schizophr. Bull. 2004; 30(4): 875–900.
6. Moore H, West AR, Grace AA. *The regulation of forebrain dopamine transmission: Relevance to the pathophysiology and psychopathology of schizophrenia*. Biol. Psychiatry 1999; 46(1): 40–55.

Adres: Patryk Rodek
Oddział Psychiatrii i Psychoterapii
Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
40-635 Katowice, ul. Ziołowa 45/47
e-mail: patrykrodek2208@gmail.com

Otrzymano: 1.11.2020

Zrecenzowano: 22.03.2021

Otrzymano po poprawie: 18.04.2021

Przyjęto do druku: 12.10.2021