

PSEUDOCIAŻA W PRZEBIEGU ZESPOŁU STRESU POURAZOWEGO PO PORONIENIU – OPIS PRZYPADKU

PSEUDOCYESIS IN THE COURSE OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD) AFTER MISCARRIAGE — A CASE STUDY

Centrum Psychoterapii Empatia
Kraków

PTSD pseudocyesis

Autorka opisuje przypadek pacjentki, u której wystąpiła ciąża rzekoma, wtórna do zespołu stresu pourazowego, powstałego po poronieniu. Przepracowanie żaloby po objętej w społeczeństwie tabuizacją straty, a na oddziałach ginekologicznych traktowana przedmiotowo, jest konieczne dla powrotu do zdrowia, także psychicznego, pacjentek po poronieniach i przedwczesnych porodach.

Summary: PTSD (Posttraumatic Stress Disorder) is a type of anxiety disorder, resulting from a traumatic experience which presents a number of pathological symptoms, disrupting everyday life and causing severe psychological suffering. A case of 24-year old woman with pseudocyesis – a rare disorder characterised by existence of gestation's signs despite its' absence, is presented. The patient developed typical symptoms of pregnancy in the course of the PTSD, after previous miscarriage. For 13 months the patient remained amenorrheic, with inhibited ovulation, had morning sickness, maintained weight as during pregnancy and had abdominal pain. All these symptoms were accompanied by numerous symptoms of anxiety and depression. The hormone therapy that was used did not avail the desired effect, which further testified that the symptoms were psychogenic. After undergoing psychotherapy, the disorder subsided.

Wstęp

Ciąża rzekoma (pseudociąża, ciąża fantomowa) to zaburzenie współcześnie statystycznie bardzo rzadkie (1–6 na 22 000 porodów), znane jednak od czasów Hipokratesa, który opisał 12 takich przypadków. Najslawniejszy w historii dotyczy królowej Anglii Marii I, która dwukrotnie doświadczyła objawów ciąży rzekomej [1]. Termin „pseudociąża” został wprowadzony w 1847 roku przez Williama Harveya, sugerującego, że mimo braku ciąży, mózg może wytworzyć jej objawy [2]. We współczesnych klasyfikacjach psychiatrycznych szereguje się to zjawisko w kręgu zaburzeń somatofornicznych (ICD-10 F45.8, DSM-V 300.82), czyli zaburzeń nerwicowych, charakteryzujących się występowaniem objawów somatycznych, które sugerowałyby istnienie określonych problemów medycznych, jednak bez żadnych uchwytnych organicznych czy czynnościowych podstaw. Pseudociąża wg kryteriów DSM-V to fałszywe przekonanie o byciu w ciąży, połączone z obiektywnymi jej oznakami, do których można zaliczyć zwiększanie się obwodu brzucha, zmniejszenie lub brak miesiączki, subiektywne odczuwanie ruchów płodu, nudności, przekrwienie i wydzielina z piersi, a nawet bóle porodowe [3].

Do grupy największego ryzyka wystąpienia pseudociąży należą kobiety długotrwale leczące się na niepłodność, po przebytych poronieniu bądź śmierci dziecka, zwłaszcza jeśli obraz siebie i własna identyfikacja oparta jest na głębokim pragnieniu jego posiadania [4]. Nie ustalono standardów postępowania w przypadku pseudociąży, jednak ze względu na psychogenne podłoże, psychoterapia wydaje się najskuteczniejszym sposobem leczenia. Objawy nieleczonej pseudociąży mogą utrzymywać się nawet kilka lat.

Teoria psychodynamiczna tłumaczy pseudociążę wystąpieniem silnego konfliktu emocjonalnego, który może zmieniać funkcjonowanie układu endokrynnego. Cięża rzekoma czasami mylnie jest nazywana synonimem ciąży urojonej, tymczasem w tym drugim zaburzeniu mamy do czynienia jedynie z błędnym przekonaniem o byciu w ciąży, bez somatycznych symptomów. Odpowiednikiem ciąży rzekomej u mężczyzn jest syndrom Kuwada, charakteryzujący się występowaniem objawów ciążowych u partnerów kobiet spodziewających się dziecka. W przeciwieństwie do pseudociąży, zespół *couvada* jest stosunkowo częsty, zdarza się u 11 do 36% partnerów ciężarnych kobiet [5].

Ciąża rzekoma jest najczęściej następstwem utraty ciąży lub dziecka, co należy rozpatrywać w kategoriach traumy. U opisywanej pacjentki w następstwie poronienia rozwinął się zespół stresu pourazowego. PTSD (posttraumatic stress disorder) jako jednostka chorobowa oficjalnie funkcjonuje w klasyfikacji chorób psychicznych od 1980 roku. Badania nad stresem pourazowym prowadzone były jednak znacznie wcześniej — pierwsze obserwacje dotyczyły psychopatologicznych zachowań żołnierzy uczestniczących w II wojnie światowej. Później zauważono, że podobne objawy prezentują także cywile — ofiary klęsk żywiołowych, masowych katastrof i odnoszący zagrażające życiu obrażenia ciała. W efekcie tych spostrzeżeń, w 1952 roku jednostka chorobowa pod nazwą ostrej reakcji na stres została po raz pierwszy wprowadzona do DSM-I (*Diagnosis manual of mental disorder*). Niestety, pominięto ją w kolejnej edycji klasyfikacji chorób psychicznych (w 1968 r.) i dopiero po obserwacji charakterystycznych objawów, jakie prezentowali żołnierze wracający z Wietnamu, PTSD na stałe pozostało w nozologii psychiatrycznej [6].

Warunkiem zdiagnozowania PTSD jest przeżycie silnego urazu, który wywołał intensywny strach, bezradność i przerażenie. Zespół stresu pourazowego objawia się uczuciem odrętwienia, brakiem reaktywności emocjonalnej, izolacją od ludzi, niezdolnością do przeżywania przyjemności. Znamienne jest doświadczanie na nowo przeżytego urazu w formie natrętnych wspomnień, obrazów, myśli czy snów. Charakterystycznym objawem jest również amnezja dysocjacyjna, czyli niezdolność do przypomnienia sobie istotnych aspektów urazu oraz unikanie sytuacji mogących przypominać traumę. PTSD towarzyszy także stan nadmiernego pobudzenia wegetatywnego ze wzmożoną reaktywnością na bodźce. Obecne są także lęk i stany depresyjne, mogą również pojawić się myśli samobójcze [3].

Opis przypadku

24-letnia kobieta, bezdzietna mężatka, bez wcześniejszej historii zaburzeń psychicznych, zgłosiła się do konsultacji psychologicznej z powodu nasilających się objawów depresyjnych, przejawiających się przede wszystkim głębokim obniżeniem nastroju, apatią, narastającym poczuciem izolacji, niechęcią do podejmowania aktywności oraz brakiem sensu życia. Objawy, które pojawiły się rok po poronieniu, coraz bardziej utrudniały co-

dzienne funkcjonowanie pacjentki i były dotkliwie odczuwane przez najbliższe otoczenie. Ciąża była planowana, a dziecko wyczekiwane. Obumarcie płodu zostało zdiagnozowane podczas rutynowego w I trymestrze USG genetycznego: „Płód bez cech akcji serca, CRL odpowiadające 12 tygodniom + 4 dniom, NT 2,8 mm, podejrzenie trisomii płodu”. Rozpoznanie z karty informacyjnej leczenia szpitalnego: „Ciąża I, 15-tygodniowa, obumarła. Zastosowane leczenie — wyłęczekowanie jamy macicy, artotec, enzaprost, fragmin, zinacef, leki przeciwbólowe”. 2 dni po zabiegu pojawiła się gorączka do 40 stopni i włączono antybiotyk. Wynik histopatologiczny bez zmian, kontrolne badanie ginekologiczne 2 miesiące po wyłęczekowaniu bez zastrzeżeń.

Mimo roku od poronienia, u pacjentki wciąż występowały objawy ciąży (amenorrhea, zablokowanie owulacji, napięcie w piersiach, poranne mdłości i wymioty, nawet do dziesięciu razy w miesiącu, utrzymywanie ciążowej wagi ciała + 4 kg, zgaga, nasilone bóle migrenowe, a także bardzo silne skurcze w podbrzuszu co miesiąc, w pamiętny dzień zabiegu). W dotychczasowym leczeniu zastosowano progesteron mikronizowany oraz cytrynian klomifenu. W efekcie podjętej terapii, pacjentka miała trzykrotnie farmakologicznie wywołaną miesiączkę, wciąż bez spontanicznej odpowiedzi organizmu. Pozostałe — subiektywne i obiektywne — objawy „ciąży” utrzymywały się, mimo podjętego leczenia farmakologicznego. W kolejnych badaniach ginekolog podejrzewała zaburzenia hormonalne, łącznie z zespołem policystycznych jajników (obraz w badaniu ultrasonograficznym przydatków sugerujący PCO, ale diagnoza nie została postawiona). Zasadnicze wyniki laboratoryjne były w normie – PRL 13,82 ng/ml, LH 7,38 mIU/ml, FSH 5,11 mIU/ml, TSH 3,97 mIU/l, FT3 3,03 pmol/l, FT4 1,36 pmol/l, p/c anty TSH <0,2 IU/ml. Wątpliwość budziły jedynie nieznacznie podwyższone przeciwciała przeciwciężarowe aTPO 37,23 IU/ml (N<34). Ginekolog podejrzewała chorobę Hashimoto i włączyła 50 mg lewotyrosyny oraz kwas acetylosalicylowy w dawce 75 mg. Zaleciła konsultację endokrynologiczną, na którą pacjentka nie poszła. Warto mieć jednak na uwadze, że przy wartościach aTPO nawet do kilkuset jednostek znaczenie tego badania jest ograniczone. Przy autoimmunologicznym zapaleniu tarczycy miana przeciwciał dochodzą do kilku tysięcy, dlatego nieznaczne przekroczenie normy wydaje się nie mieć istotnego klinicznego znaczenia. Pomimo stałego leczenia i regularnej opieki ginekologicznej, u pacjentki utrzymywał się „stan ciążowy”, jednak przy ujemnych wynikach beta HCG i niewidocznieniu się pęcherzyka ciążowego w żadnym z badań ultrasonograficznych.

W trakcie badania psychologicznego pacjentka była prawidłowo zorientowana auto- i allopsychicznie. W odniesieniu do orientacji w czasie doświadczała jednak ekmnezji, specyficznego zaburzenia pamięci polegającego na przeżywaniu przeszłości jako teraźniejszości [7]: „Jest tak, jakby był wrzesień tamtego roku, czas mi się zatrzymał”. Mimo że nie miała poczucia upływającego czasu, jej orientacja poznawcza była prawidłowa. Podobnie w kwestii odczuwania swojego ciała i sygnałów z niego płynących — miała poczucie „bycia w ciąży”, nie było to jednak urojenie, zachowała krytycyzm do objawów ciążowych (choć robiła testy). „Ja wiem, że to dziecko straciłam, ale moje ciało nie zareagowało na tę stratę — było tak, jakby ciąża była dalej, a ja chcę zatrzymać tę świadomość. Niby wiem, że nie jestem w ciąży, ale mój organizm mówi inaczej”. Pacjentka zachowywała się irracjonalnie, wczuwając się w objawy pseudociąży — niemal bezwiednie kupowała czasopisma dla młodych matek, mając przekonanie, że „zaraz się przydadzą”, przy bólach

migrenowych nie chciała zażywać leków, „bo w ciąży nie można ich stosować”, miała też przyzwyczajenie trzymania się za brzuch, jak robią to kobiety ciężarne.

W kontakcie pacjentka była napięta, skoncentrowana na sobie, z trudnością nawiązywała kontakt wzrokowy. Miała wyraźnie obniżony nastrój, była apatyczna, przygnębiona, z poczuciem silnego cierpienia, obniżonym napędem psychoruchowym i zubożałą mimiką. Uskarżała się na męczliwość i niechęć do podejmowania aktywności; zdarzały się dni, kiedy wcale nie wstawała z łóżka. Zgłaszała zaburzenia jedzenia (wyraźne pogorszenie się apetytu) oraz zaburzenia snu (trudności w zasypianiu, przedwczesne wybudzanie się oraz koszmary nocne), skarżyła się także na niekontrolowane wybuchy agresji. Znamienne było także jej wycofanie się z kontaktów społecznych i izolacja w relacji z mężem — „od straty nie dostrzegam go w ogóle i tego, że on też może przeżywać podobne emocje”. Myślom samobójczym przeczyła. Otoczenie było zaniepokojone jej zachowaniem, a bliscy namawiali do konsultacji u specjalisty. Zbadana za pomocą Skali Depresji Becka uzyskała 53 punkty (głębokie objawy depresyjne).

Pacjentka doświadczała także stanów lękowych — co jakiś czas przeżywała napady paniki, z bardzo silnymi objawami duszności. Dodatkowo, w dzień straty dziecka, odczuwała silne bóle w podbrzuszu: „To było uczucie wrywania, rozszarpywania od środka, tak strasznie mnie bolał brzuch, że nie byłam w stanie stać”. Stosowała mechanizmy zaprzeczania — „byłam oburzona, jak ktoś powiedział, że nie mamy dziecka”, wyparcia — „wiedziałam, co się stało, ale nie chciałam tego słyszeć, musiałam to wymazać z pamięci”, projekcji — „to mąż się ode mnie odsunął” (w procesie psychoterapii okazało się, że było dokładnie odwrotnie).

Zebrany wywiad dotyczący objawów pozwolił na zdiagnozowanie ciąży rzekomej w przebiegu PTSD po przeżytym poronieniu. Pacjentka została zakwalifikowana do psychoterapii indywidualnej skoncentrowanej na przepracowaniu straty. Pomimo wcześniejszej konsultacji psychiatrycznej i sugestii co do leczenia przeciwdepresyjnego, nie była zdecydowana na rozpoczęcie psychofarmakologii natomiast miała dużą motywację do podjęcia psychoterapii. Bardzo szybko zaczęła przybliżać się do tematu traumy, odtwarzając szczegóły okoliczności, w których dowiedziała się o diagnozie, a także opowiadać o pobycie w szpitalu oraz reakcji szokowej organizmu na utratę. Zdarzenia te przez cały miniony rok były zdysocjowane — nie mogła sobie poradzić z ogromem emocji, dlatego odcięła się od faktów i na poziomie przeżywania nie uznała straty dziecka. Było to na tyle silne, że organizm rzeczywiście wytworzył objawy, które pozwalały utrzymywać patologiczny stan.

W trakcie terapii pacjentka skonfrontowała się z realnością, zaczęła przeżywać zablokowaną dotąd żalobę, której przepracowanie konieczne jest do ponownego scalenia ego po traumatyzującym doświadczeniu. Odtwarzanie krok po kroku bolesnych doświadczeń pozwalało na zintegrowanie go i godzenie się z faktami, których tak bardzo nie chciała dopuścić do siebie. Objawy depresyjne, w tym zaburzenia snu, utrzymywały się nadal, nasiliła się płaczliwość, która — wydaje się — była adekwatna do przeżywania utraty, godzenia się z rzeczywistością, oraz dokonującej się po raz pierwszy konfrontacji z pustką, jaką pozostawiło upragnione i nienarodzone dziecko.

Przepracowywanie żaloby było bardzo dynamiczne, wręcz zaskakujące — po 4 tygodniach psychoterapii u pacjentki zniknęły wszystkie objawy ciężowe. Nagle, w ciągu

jednego tygodniu dostała pierwszą fizjologiczną miesiączkę (w 13. miesiącu po poronieniu), schudła 4 kg, ustąpiły wszystkie pozostałe objawy ciąży — „Pierwszy raz mam myśl, że ja naprawdę przestałam być w ciąży. Czuję się inaczej, taka pusta w środku. To nie jest brzuch, w którym jest dziecko”. Mąż, którego nie dostrzegała i nie chciała w swojej izolacji dopuścić do własnego świata wewnętrznego, nagle zaczął dla niej istnieć. Sami, z własnej inicjatywy, puścili lampion do nieba, w którym zegnali się z dzieckiem — „czułam ulgę, było mi lepiej”. Pacjentka tym samym zaczęła, nie tylko w sferze emocjonalnej, ale także symbolicznie, zegnać się z utraconym dzieckiem, oddała też ubranka swojej siostrze, będącej w zaawansowanej ciąży, przestała w końcu kupować pisma dla młodych matek — „Teraz jest tak, jakby ktoś spuścił ze mnie powietrze i zarazem emocje, które w końcu wypłynęły”. Była wciąż w obniżonym, ale adekwatnym do sytuacji, nastroju — „Czasem jest mi bardzo przykro, bardzo tęsknię, ale wiem, że ten najgorszy ból mam już za sobą. Zaczęłam akceptować fakt, że tak się stało”.

W tym czasie przestała się izolować, otworzyła na ludzi, poprawiła się także jej relacja z mężem, z bliskimi. W kontakcie była mniej skoncentrowana na sobie, utrzymywała kontakt wzrokowy, wzbogaciła się jej mimika, stała się spokojniejsza, zaczęła także dostrzegać otoczenie — „Ja przez ten rok byłam jak w śpiączce i nie zdawałam sobie z tego sprawy. Nie widziałam tylu rzeczy, które widzę teraz”.

Stan psychiczny pacjentki po przepracowaniu żałoby i uporaniu się z traumą, mimo bardzo krótkiego czasu psychoterapii (2 miesiące), zmienił się diametralnie. Ustąpiły wszelkie dotychczasowe objawy depresyjne, włącznie z zaburzeniami snu. Zbadana za pomocą Skali Depresji Becka uzyskała 7 punktów, co wskazuje na brak objawów depresji. Zaniknęły także wszelkie symptomy pseudociąży, bóle fantomowe i napady paniki. Pacjentka zaczęła funkcjonować w zdrowy sposób. Zaadaptowała się do sytuacji i pozytywnie zamknęła proces żałoby. Jej rzekoma ciąża była niejako zatrzymaniem w sobie stanu sprzed traumy i niemal kurczowym niedopuszczaniem napływających informacji i zdarzeń (diagnoza, zabieg łyżeczkowania, strata dziecka). Symbolicznie można powiedzieć, że pacjentka w trakcie psychoterapii „poroniła” swoją „ciążę” i rozstała się z utraconym dzieckiem.

Wnioski

Mając na uwadze złożoną psychopatologiczną reakcję pacjentki na utratę, należy objąć ją troskliwą opieką psychologiczną w kontekście przyszłego macierzyństwa — okresie przygotowania do ponownej koncepcji, ciąży oraz porodu — pamiętając o psychotycznym epizodzie i będąc wyjątkowo czujnym na ewentualne wystąpienie prodromów głębokich zaburzeń psychicznych. Objawy produktywne w wywiadzie zawsze pozostawiają ryzyko nawrotów, zwłaszcza w przełomowych momentach, dlatego też pacjentkę należy traktować jak osobę z grupy zwiększonego ryzyka wystąpienia m.in. depresji poporodowej.

Podsumowanie

Ciąża rzekoma, która wystąpiła u opisywanej pacjentki, jest wtórna do zespołu stresu pourazowego, na który bardziej — ze względu na predyspozycję wynikającą z płci — narażone są kobiety [8]. Poronienie jest traumą, czyli nagłym urazem, który może spowodować zaburzenia somatyczne i psychiczne. U większości kobiet, które doświadczyły tego

rodzaju przeżycia, rozpoznawana jest reakcja depresyjna na stres, wymagająca nierzadko skojarzonego leczenia farmakologicznego i psychoterapii. U części z nich — niektóre źródła podają, że nawet u 40% — diagnozowany jest zespół stresu pourazowego. Przepracowanie żałoby po stracie, która w społeczeństwie objęta jest tabuizacją, a na oddziałach ginekologicznych traktowana przedmiotowo, jest konieczne do powrotu do psychicznej homeostazy pacjentek po poronieniach i przedwczesnych porodach. Wydaje się, że standardem postępowania w takich sytuacjach powinno być konsultowanie pacjentek przez psychologa bądź psychiatrę.

Piśmiennictwo

1. Marusić S, Karlović D, Zorčić Z. Pseudocyesis: a case report. *Acta Clin. Croat.* 2005; 44: 291–295.
2. Schopbach RR, Fried PH, Rakoff AE. Pseudocyesis: a psychosomatic disorder. *Psychosom. Med.* 1952; 14(2): 129–134.
3. Wciórka J, red. Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2008,
4. Upadhyay S, Pseudocyesis. *J. Nepal Med. Assoc.* 2008; 47(171): 147–150.
5. Tenyi T, Trixler M, Jadi F. Psychotic couwade: 2 case reports. *Psychopathol.* 1996; 29(4): 252–254.
6. Andreasen NC. Posttraumatic stress disorder: a history and a critique. *Ann. NY Acad. Sc.* 2010; 1208: 67–71.
7. Rybakowski J, Pużyński S, Wciórka J, red. *Psychiatria. Tom 2 — psychiatria kliniczna.* Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2011.
8. Irish LA, Fischer B, Fallon W, Spoonster E, Sledjeski EM, Delahanty DL. Gender differences in PTSD symptoms: an exploration of peritraumatic mechanisms. *J. Anxiety Disord.* 2011; 25(2): 209–216.

Adres: i.grzyb@empatia-krakow.pl