

Przypadek halucynozy muzycznej

Case of musical hallucinosis

Waldemar G a d e c k i, Irena R a m s z- W a l e c k a,
Elżbieta T o m c z y s z y n

Z Samodzielnego Publicznego Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Żurawicy
Dyrektor: lek. med. J. Barket

Summary

The theme of the article is a 68-year old patient whose case was diagnosed as organic brain disease complicated by musical hallucinosis. The patient was admitted to a mental hospital, several times, as suffering from psychic disturbances of the auditory hallucinosis type whose dominant symptom are musical hallucinations. The most significant in the disease pathogenesis of the described case turned out to be the recognition of severe brain injury.

Słowa klucze: organiczne uszkodzenia mózgu, halucynozy muzyczna

Key words: organic brain injury, musical hallucinosis

Pacjenci z halucynozą muzyczną stanowią niewielki procent chorych, zarówno przyjmowanych do szpitali psychiatrycznych, jak i leczonych ambulatoryjnie. W literaturze światowej opisano przypadki tylko kilkudziesięciu chorych [1], u których występowały tak zwane omamy muzyczne. Chorzy ci wcześniej nie ujawniali na ogół zaburzeń psychicznych. W zebranych przypadkach omamy muzyczne polegały na słyszeniu pojedynczych melodyjnych dźwięków różnych instrumentów lub głosów ludzkich, a niekiedy – całej orkiestry. W patogenezie tych objawów u części pacjentów są wcześniejsze schorzenia o.u.n. o różnej etiologii lub rzadziej endogenne psychozy, np. depresje. Opisywano również przypadki łącznego wystąpienia omamów muzycznych i halucynozy alkoholowej. W publikacjach przeważają opisy łącznego wystąpienia halucynozy z niedosłuchem i umiarkowanym otępieniem umysłowym [2, 3].

Opis przypadku

Wywiady obiektywne o pacjencie

Pacjent, lat 68, bez obciążenia dziedzicznego chorobami psychicznymi, nerwowymi i alkoholizmem, urodził się o czasie, z ciąży donoszonej. Matka chorowała na gruźlicę i z tego powodu zmarła, gdy pacjent miał 4 lata. Około 3 roku życia doznał ciężkiego ogólnego urazu i później przez prawie 2 miesiące miał zaburzenia mowy

w postaci jąkania się. Od wczesnego dzieciństwa sprawiał trudności wychowawcze. W szkole uczył się przeciętnie. Ukończył 5 klas podstawowych. W 15 r. ż. zapisał się do orkiestry wojskowej, w której po 3 latach występował już jako żołnierz zawodowy. Grał na kornecie. Uważany był za uzdolnionego muzyka. Ożenił się w 24 r. ż. Małżeństwo było niezgodne i zdaniem ojca to było przyczyną nadużywania alkoholu przez syna. W 31 r.ż. pacjent zawarł ponownie związek małżeński. I tym razem był niezadowolony z tego związku.

Aktualna żona pacjenta (trzecia) stwierdziła, że zna go od 31 lat. Po ślubie dowiedziała się, że mąż był leczony psychiatrycznie. W momencie ślubu był już rencistą wojskowym. Podobno podczas służby wojskowej uciekał z jednostki, „tracił pamięć”, nie wiedział, gdzie idzie. Początkowo, przez 2 – 3 lata małżeństwa, nie zdradzał zaburzeń psychicznych. Potem zaczęły się „ataki”: „mąż wstawał nagle w nocy, chciał otwierać okno i wyjść przez nie na zewnątrz, chociaż to było II piętro, twierdził, że ktoś go wołał”. Podczas tych „ataków” brał do ręki nóż i wymachiwał nim w powietrzu. Od tej pory chowa przed mężem ostre przedmioty. Zdarzały się również sytuacje, że uciekał z domu. Kiedyś szukała go 3 dni. Uciekł wtedy do pobliskiej miejscowości. Powrócił zarośnięty i brudny.

Spożywany alkohol nasilał wyraźnie powyższe zaburzenia psychiczne. Tego typu stany zdarzały mu się do kilku razy w tygodniu. Przed dwoma laty wystąpiło nagłe pogorszenie stanu zdrowia. Pacjent nie rozpoznawał otoczenia, bliskich i sytuacji, w której się znalazł. Wobec wszystkich członków rodziny był agresywny i groził im nożem. Twierdził, że coś huczy mu w głowie, odczuwał silne swędzenie skóry. Innym razem zerwał się w nocy ze snu, był czerwony na twarzy, krzyczał, że coś rozsadza mu głowę i że wpada w przepaść. Był pobudzony psychoruchowo, krzyczał, używał wulgarnych słów. Pod wpływem leczenia stał się spokojniejszy, lepiej sypiał, nie przejawiał agresji.

Dane z dostępnej dokumentacji lekarskiej

Po raz pierwszy był hospitalizowany psychiatrycznie w 33 r. ż. Wówczas był żołnierzem zawodowym i skierowanie do szpitala uzyskał od lekarza jednostki wojskowej. Z przeprowadzonej autoanamnezy wiadomo, że pacjent od 17 r. ż. co kilka lat opuszczał na kilka dni jednostkę wojskową i błąkał się po okolicy. W tym czasie nie jadał lub żywił się za pieniądze uzyskane ze sprzedaży drobnych przedmiotów (np. zegarka) lub z tego, co pozostało z poborów. Ostatnio chodził od domu do domu, prosząc o chleb i wodę, sypiał w stogach siana. Pożycie małżeńskie układało mu się źle, z tego powodu okresowo nie sypiał i nie jadał. Lekarz kierujący rozpoznał depresję i okresowe omamy wzrokowe. Przy przyjęciu do szpitala psychiatrycznego podejrzewano u chorego padaczkę. Ordynator stwierdził w stanie psychicznym pacjenta spowolnienie psychoruchowe, tępy afekt, nastawienie ksobne, spadek napięcia dążeń życiowych, nieomogę kontaktu emocjonalnego. W stanie somatycznym zanotowano nadmiernie żywe objawy wegetatywne. Po obserwacji został wypisany ze szpitala.

H o s p i t a l i z a c j a

J.M. (374/97, 8/98, 547/99), lat 68, z zawodu muzyk, emeryt, żonaty. Skierowany do szpitala w dniu 22.02.1997 r. z powodu zachowań agresywnych, nadpobudliwości emocjonalnej, bezsenności, bólów głowy oraz ostatnio pojawiających się omamów słuchowych. Przy przyjęciu do szpitala miał halucynacje słuchowe, wystukiwał takt melodii muzycznej, którą cicho nucił, wyjaśniając, że słyszy bez przerwy melodię orkiestry. Innego typu omamom zaprzeczał. Ponadto stwierdzono spowolnienie psychomotoryczne, obniżenie sprawności umysłowej, zaznaczoną rozwlekłość i drobiazgowość w wypowiedziach, zaburzoną orientację allopsychiczną.

Z informacji uzyskanych od pacjenta na oddziale wiadomo, że obydwoje rodzice nie żyją. Ojciec przed wojną był pomocnikiem laboranta w aptece, w czasie wojny pracował jako drwal. Matka była na utrzymaniu ojca, zmarła prawdopodobnie na gruźlicę. Ma starszego o 10 lat brata, który w czasie wojny został wywieziony do Niemiec na roboty, a po wojnie pozostał za granicą. Nie zna danych dotyczących przebiegu ciąży i porodu u matki. Do szkoły poszedł o czasie, ukończył ją dopiero podczas odbywania służby wojskowej. Uczył się średnio. Okresowo był wychowywany poza domem rodzinnym z uwagi na ciężkie warunki materialne rodziców. Podczas służby wojskowej zdobył wykształcenie muzyczne. Przez kilkanaście lat był członkiem orkiestry pułkowej. W trakcie służby wojskowej pojawiły się u niego epizody zachowań, podczas których oddalał się z jednostki i m.in. przesiadywał na cmentarzu, ponieważ „były tam ładne nagrobki”, żebrał u wiejskich gospodarzy o jedzenie. Z tego powodu najpierw umieszczono go w areszcie pod zarzutem dezercji, a następnie (w grudniu 1964 r.) w szpitalu psychiatrycznym, gdzie – jak twierdzi – rozpoznano u niego schizofrenię. Po obserwacji szpitalnej został zwolniony z odbywania służby wojskowej. Przyznano mu rentę za wysługę lat. Już jako rencista pracował dorywczo w różnych instytucjach. Wykonywał zawody nie wymagające dużych kwalifikacji. Od 1986 r. jest na emeryturze.

Był trzykrotnie żonaty. Z pierwszą żoną się rozwiódł, ponieważ go zdradzała. Ostatni związek małżeński zawarł w wieku 37 lat. Pożycie małżeńskie ocenia jako zgodne. Z tego związku ma jednego syna.

Jak twierdzi, obecna choroba zaczęła się w ten sposób, że po „zjedzeniu dużej ilości bobu” zaczął odczuwać pulsowanie w głowie i słyszeć fragmenty muzyki. Udał się wraz z żoną na pogotowie, otrzymał tam zastrzyk uspokajający i został skierowany do szpitala. Pulsowanie ustąpiło, ale muzykę słyszał nadal. Twierdzi, że „dużo pracuje twórczo w dziedzinie muzyki”. Nigdy nie leczył się w Poradni Zdrowia Psychicznego, bo „nie było takiej potrzeby”. Leczy się natomiast z powodu przerostu prostaty. W 1969 r. miał operację przetoki pachwinowej. Od 3 lat miewa obrzęki nóg, dolegliwości pod postacią zgagi. Poza tym stwierdzono u niego kamicy pęcherzyka żółciowego. Alkoholu nie nadużywał. Karany sądownie nie był.

Pacjenta poddano leczeniu przeciwpsychotycznemu, stosując promazyne, początkowo w dawce 75 mg pro die, aż do uzyskania dawki 175 mg dziennie, której już nie podwyższano. Przez kilka dni stosowano haloperidol w dawce 3 mg pro die, ostatecznie podawano przez dłuższy okres 1 mg haloperidolu, wieczorem. Chory otrzymywał

również leki ogólne, w związku ze stwierdzonym nadciśnieniem tętniczym i przerostem prostaty, oraz antybiotyki z powodu infekcji dróg moczowych i zapalenia płuc.

Pacjent trzykrotnie wymagał konsultacji neurologicznych. Rozpoznano u niego zespół parkinsonowski pochodzenia naczyniowego i organiczne uszkodzenie mózgu. Podczas pobytu na oddziale u chorego wystąpił napad drgawkowy typu grand mal spowodowany prawdopodobnie przejściowym niedokrwieniem mózgu. Powikłania neurologiczne były przyczyną skierowania chorego na oddział neurologiczny. Ponownie hospitalizowany w tutejszym szpitalu po powrocie, w dniu 03.10.1997 r., z oddziału neurologicznego, gdzie rozpoznano: encefalopatię, zespół psychoorganiczny otępienny, nadciśnienie tętnicze i infekcję dróg moczowych.

Podczas tej i następnej hospitalizacji pacjent nadal potwierdzał występowanie omamów muzycznych, jednak ich nasilenie było mniejsze. Obserwowano również w czasie hospitalizacji poprawę nastroju i ustępowanie reakcji gniewno-dysforycznych. W leczeniu stosowano promazynę, w dawce 50–75 mg pro die, oraz – zgodnie z zaleceniami neurologa – karbamazepinę, 600 mg dziennie. Równocześnie jednak nastąpiło pogłębienie objawów otępiennych.

B a d a n i a d o d a t k o w e

1. Wynik badania elektroencefalograficznego:

Czynność podstawowa 7,5 c/s przemieszana z czynnością fal wolnych o częstotliwości 4-7 c/s, sporadycznie 3,5-4 c/s, pojedyncze oraz w grupach fale ostre. RZ – słabo wyrażona. W czasie aktywacji HW zarejestrowano wzrost amplitudy i liczby fal ostrych.

Ocena: zapis patologiczny z uogólnionymi zmianami.

2. Wynik badania radiologicznego klatki piersiowej:

Serce większe, szczególnie komora lewa, wydłużony łuk aorty. Pogrubiała opłucna szczytu prawego płuca. Drobne pasma włóknisto-bliznowate w nadprzeponowej części płuca prawego. Dwułukowy zarys prawej kopuły przepony.

3. Wynik badania radiologicznego czaszki:

Kości pokrywy czaszki i siódła tureckiego bez zmian chorobowych. Drobne zwapnienia w syfonach tętnic szyjnych wewnętrznych.

4. Wynik badania TK głowy:

W tomografii komputerowej o.u.n. wykonanej bez wzmocnienia kontrastowego stwierdza się znaczne poszerzenie komory trzeciej i komór bocznych mózgu (wskaźnik Evansa ok. 2,75, maksymalna szerokość komory trzeciej ok. 1,5 cm) z hipodensyjnymi strefami wokół rogów przednich i trzonów komór bocznych. Poszerzenie przestrzeni podpajęcznej płatów ciemieniowych w szczelinie międzypółkulowej przy sklepiści. Zaniki korowe nadnamiotowo. Przyścienne pogrubienie śluzówki prawej, mniej lewej, zatoki szczękowej. Zwapnienia w syfonach tętnic szyjnych wewnętrznych.

5. Badania audiograficzne nie wykonano ze względu na brak współpracy pacjenta.

6. Badanie psychologiczne:

Podczas badania nawiązuje kontakt werbalny, w wypowiedziach ujawnia trudności w myśleniu pojęciowym, myślenie jest zawężone do interpretacji funkcjonalnych, uproszczonych. Chory niekiedy daje odpowiedzi przypadkowe. Ma ograniczoną zdolność koncentracji, przejawiającą się łatwym jej rozpraszaniem. Badany łatwo i szybko męczy się. Jest nadmiernie sugestywny. Zadania testowe skali Wechslera-Bellevua rozwiązał na poziomie upośledzenia umysłowego lekkiego stopnia. Uzyskał iloraz inteligencji globalny = 69, II cząstkowy = 73,75. Poziom poszczególnych funkcji umysłowych jest nierównomierny. Obniżone, w stosunku do pozostałych funkcji umysłowych, są: myślenie pojęciowe, umiejętność operowania materiałem liczbowym, procesy syntezy i analizy, rozumienie norm współżycia społecznego. Stosunkowo dobry jest zakres wiedzy szkolnej i ogólnej oraz funkcja pamięci bezpośredniej słuchowej. Natomiast wyniki uzyskane w teście Benton wskazują na znaczne upośledzenie pamięci wzrokowej. Wynik w teście Bender – 128 punktów przeliczeniowych znajduje się w obszarze patologicznym i wskazuje na podłoże organiczne zaistniałych zaburzeń.

Rozpoznanie

Całokształt obrazu klinicznego, kolejne hospitalizacje, wyniki badań dodatkowych, a zwłaszcza badanie elektroencefalograficzne i tomografia komputerowa głowy, która ujawniła znaczne zaniki korowe i podkorowe mózgu, oraz wielokrotne badania stanu psychicznego i badanie psychologiczne dają podstawy do rozpoznania u pacjenta zespołu psychoorganicznego, któremu od wielu lat towarzyszą objawy psychotyczne pod postacią halucynozy. W tym wypadku były to krótkotrwałe objawy halucynozy słuchowej z omamami muzycznymi i ich urojeniową interpretacją.

Omówienie

Na podstawie dostępnego piśmiennictwa stwierdzamy, że przypadek pana J.M. najbardziej odpowiada stanowisku Claude'a i Eya z 1932 r. [1], którzy podkreślali podłoże organiczne występowania omamów muzycznych. W omawianym przypadku ustalono, że u badanego istnieje ciężkie uszkodzenie mózgu ujawnione w badaniach: elektroencefalograficznym, TK głowy i testach psychologicznych.

Zakwalifikowanie fenomenów polegających na słyszeniu dźwięków muzyki jako halucynacji może być nadmiernym uproszczeniem, jeśli zważy się fakt, iż pacjent jest z zawodu muzykiem i przez wiele lat był członkiem orkiestry wojskowej. Dlatego „słyszy” on wyłącznie marsze wojskowe, co w jego przypadku nie musi oznaczać patologii, tym bardziej że nie ustalono tak istotnych kwestii, jak np. występowanie sądu realizującego, krytycyzmu. Ponadto należy wziąć pod uwagę możliwość – u pacjenta ze znacznym uszkodzeniem mózgu – ustępowania objawów produktywnych w miarę pogłębiania się otępienia, jak również występowania znacznej sugestywności, co też zmniejsza szansę na obiektywne ustalenie trwałości, okoliczności związanych ze zmianą nasilenia i ewentualnie ustępowania „halucynacji”.

Poza zasadniczym tematem tego artykułu budzą zaciekawienie objawy występujące

u chorego we wcześniejszych okresach życia. Zaburzenia psychiczne pojawiły się u badanego w wieku młodzieńczym. Według współczesnej terminologii te zaburzenia zostałyby zakwalifikowane do zaburzeń zachowania.

Nie można w sposób jednoznaczny interpretować objawów, z powodu których nasz pacjent był po raz pierwszy hospitalizowany psychiatrycznie. Wprawdzie z wywiadu wynika, że badany był poddany obserwacji w szpitalu psychiatrycznym z podejrzeniem schizofrenii, jednakże obraz kliniczny oceniany w ciągu następnych lat wyklucza rozpoznanie tej choroby. Wątpliwości tym bardziej są uzasadnione, że rozpoznanie schizofrenii nie zostało potwierdzone odpowiednimi badaniami diagnostycznymi. Można podejrzewać u badanego zaburzenia osobowości w postaci m.in. włączęgostwa, zaburzenia dysocjacyjne lub napady padaczkowe.

Kolejną trudność sprawia określenie znaczenia objawów występujących w kilka lat po pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej, zwłaszcza w kontekście wcześniejszych zaburzeń. Wiadomo, że pacjent już dawniej nadużywał alkoholu, który prawdopodobnie nasilał objawy. Może to była halucynozja alkoholowa? Może po wieloletnim picciu pojawiły się omamy muzyczne?

Jako autorzy możemy skonstatować, że w przypadku pana J.M. jakiegokolwiek rozpoznanie (z wyjątkiem rozpoznania tzw. organicznego uszkodzenia o.u.n) jest mniej lub bardziej prawdopodobnym przypuszczeniem. Spowodowane to jest ograniczeniem diagnostyki różnicowej do powierzchownej analizy objawów chorobowych oraz niewłaściwie dobranymi badaniami diagnostycznymi.

Biorąc powyższe rozważania pod uwagę, należy ponadto przestrzec przed zbyt pochopnym szermowaniem rozpoznania schizofrenii.

Ñëó÷ré ëóçüęřëüüñäi äřëëťóçüřçř

Ñäiäçřřčři

Ä dräñiä d'äläññäëliä iräëťälicř iřä 68-ëñičë d'řöçliničë, ó ëññiäi äçřäiññëdiäri d'ñëöñdäřič÷lnëçë ñëçd'ñiëřëřëd'ëleñ, inëičiliüë ëóçüęřëüüñäi äřëëťóçüřçřë. D'řöçlin äüë ëñäiäçřřčři äñd'çñřëççëdiäri ä d'ñëöçñdë÷lnëçë äiëüicöřö ç ëñäçl äñäř ññd'äřlñ d'ñëöç÷lnëçëç iřdöřlic'ëç. Ó äiëüñäi d'ri äë'ññ' ñëöóiaüi äřëëťóçüřçřë, ñdäç ëññidüö äiëçičdöťüçë ñëçd'ñiëřë 'äë'ññ' ëóçüęřëüüñäi äřëëťóçüřçřë. Ä d'ñäiäliçl äiëliçë ä iäñöçäřlië iräëťälicë, iřçäiël ñóülnñäliüëç ięçřëçñü ñ'çleüi d'ñäiäçl ië äiëiäñäi ëiçäř.

Fall der Musikhalluzinose

Zusammenfassung

Das Thema des Artikels ist der Fall eines 68-jährigen Patienten, bei dem ein psychoorganisches mit der Musikhalluzinose kompliziertes Syndrom festgestellt wurde. Der Patient wurde mehrmals in den psychiatrischen Krankenhäusern hospitalisiert und leidet seit einigen Jahren an psychische Störungen vom Typ Gehörhalluzinose, deren Hauptsymptom Musikhalluzinationen sind. Das Wichtigste war in dem besprochenen Fall die Bestätigung der schweren Zerebrumverletzung in der Pathogenese der Erkrankung.

Le cas de l'hallucination musicale

Résumé

L'article décrit le cas d'un malade de 68 ans souffrant du syndrome psycho-organique compliqué de l'hallucination musicale. Ce malade, hospitalisé plusieurs fois, souffre depuis longtemps des hallucinations auditives dont le symptôme dominant est l'hallucination musicale. La lésion cérébrale grave est un facteur le plus important pour la pathogénèse de cette maladie.

Piśmiennictwo

1. Berrios GE. *Musical hallucinations. A historical and clinical study*. Brit. J. Psychiatry 1990; 156:188–194.
2. Krzymiński S. *Przypadek halucynozy słuchowej z omamami muzycznymi*. Post. Psychiatr. Neurol. 1998; 7: 283–289.
3. Krzymiński S, red. *Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego*. Warszawa: PZWL; 1993.

Otrzymano: 9.11.1999

Zrecenzowano: 9.07.2001

Przyjęto do druku: 13.12.2001

Adres: Waldemar Gadecki
37-710 Żurawica 492

