

Zaburzenie schizoafektywne a choroba dyssolucyjna

Schizoaffective disorder and dissolutional disorder

Janusz Perzyński

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Summary

Review of the most important publications of the last five decades concerning the nosology of schizoaffective disorder (SD) was performed. The analysis of clinical characteristics of SD, based on Mazurkiewicz's psychophysiological theory leads to the conclusion that SD is a form of schizophrenia.

Słowa kluczowe: zaburzenie schizoafektywne – choroba dyssolucyjna

Key words: schizoaffective disorder – dissolutional disorder

Wprowadzone przez Kasanina w 1933 roku, pojęcie zaburzenia schizoafektywnego stało się okazją do trwających już ponad 77 lat prób przesuwania schorzenia od schizofrenii do chorób afektywnych i odwrotnie. Część współczesnych podręczników psychiatrii zupełnie pomija tę kategorię diagnostyczną, inne poświęcają jej najczęściej tylko kilka słów.

Poniżej przedstawiono skrótkowo ważniejsze publikacje książkowe z zakresu minionych 50-ciu lat rejestrując czy zawarto, a jeśli tak to jakie, informacje dotyczące zaburzenia schizoafektywnego.

- 1966 rok: - Blikiewicz, Psychiatria kliniczna (wyd. III).
Brak hasła dot. psychozy schizoafektywnej. Warte podkreślenia są słowa Autora wskazujące, iż w schizofrenii: „autyzm zawsze jest” oraz, że „najbardziej znamioną cechą psychoz schizofrenicznych jest rozszczepienie struktury osobowości”, które stanowi „obok swoistych zaburzeń życia uczuciowego, w szczególności zaniku uczuciowości wyższej i zdolności modulowania afektu, najistotniejszą właściwość” [1].
- 1967 rok: - Korzeniowski, Zarys psychiatrii.
W podręczniku tym także brak wzmianki o zaburzeniu schizoafektywnym. Warte odnotowania jest natomiast zwrócenie uwagi na zjawisko „schizofrenizacji manii i depresji” [2].
- 1969 rok: - Noyes, Kolb, Nowoczesna psychiatria kliniczna.

Autorzy nie wspominają o zaburzeniu schizoafektywnym ale podkreślają trudności w różnicowaniu schizofrenii i psychozy maniako-depresyjnej, wskazując na znaczenie osobowości przedchorobowej i konieczność dokładnej analizy składowych obrazu klinicznego [3].

- 1972 rok: - Kępiński, Schizofrenia (wyd. I).
Autor określa psychozę schizoafektywną jako wynik przecięcia się dwóch wielkich kręgów psychotycznych: schizofrenicznego i cyklofrenicznego. Zwraca uwagę na konieczność oceny struktury osobowości w tym rolę syntonii i schizoidii, modelujących obraz kliniczny. Podkreślając trudności diagnostyczne Autor sądzi, iż uzasadnione jest stworzenie osobnego pojęcia klasyfikacyjnego: - „w postaci psychozy mieszanej lub schizoafektywnej” [4].
- 1978 rok: - Korzeniowski, Pużyński red., Encyklopedyczny słownik psychiatrii.
Omawiając psychozę schizoafektywną Autorzy stwierdzają, iż w nawrotach choroby występują objawy depresyjne lub maniako-depresyjne oraz objawy schizofrenii. Ważnym spostrzeżeniem Autorów jest zwrócenie uwagi, że zaostreżenia psychozy manifestują się głównie zespołami: paranoidealnym lub katatonicznym [5].

- 2002 rok: - Bilikiewicz, Pużyński, Rybakowski, Wciórka red., Psychiatria.

Autor tekstu poświęconego zaburzeniom schizoafektywnym – Wciórka – stwierdza, że „pozostają one w klasyfikacjach międzynarodowych nadal w połowie drogi” między schizofrenią i chorobami afektywnymi. Podkreśla „niejasność pozycji nozologicznej i liczne zmiany kryteriów diagnostycznych” wymieniając sześć różnych stanowisk klasyfikujących schorzenie jako:

- postać schizofrenii
- postać chorób afektywnych
- oddzielną chorobę
- kategorię: zaburzenie mieszane
- część kontinuum psychotycznego (schizofrenia – choroby afektywne)
- artefakt diagnostyczny

W podsumowaniu autor [6] podaje, że zaburzenie schizoafektywne zajmuje obecnie odrębną pozycję między schizofrenią a chorobą afektywną ale bliższe jest schizofrenii.

- 2003 rok: - Shahrokh, Halas, Amerykański słownik psychiatryczny (wyd. VIII).
Lakoniczna wzmianka o zaburzeniu schizoafektywnym informuje, że objawy dużej depresji lub manii współlistnieją z objawami schizofrenii [7].

- 2004 rok: - Kaplan, B. J. Sadock, V.A.Sadock, Psychiatria kliniczna.

Autorzy stwierdzają, że zaburzenie schizoafektywne obok zaburzenia schizotypowego i zaburzeń urojeniowych jest zaburzeniem psychotycznym nie spełniającym kryteriów schizofrenii, gdyż mimo jednoczesnego występowania objawów schizofrenii i zaburzeń afektywnych – „nie można postawić rozpoznania żadnego z tych zaburzeń oddzielnie”. Zwracają uwagę, że w zaburzeniu schizoafektywnym rokowanie jest lepsze niż w schizofrenii ale gorsze niż w chorobach afektywnych [8].

- 2005 rok: - Semple, Smyth, Burns, Darjee, McIntosh. Oksfordzki podręcznik psychiatrii.

Autorzy stwierdzają, że zaburzenie schizoafektywne ma „etiologię po-

średnią” pomiędzy etiologią schizofrenii i choroby afektywnej zaś w obrazie klinicznym objawy afektywne i charakterystyczne dla schizofrenii występują „we względnie zbliżonych proporcjach” [9].

Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10 podaje, że rozpoznawanie zaburzenia schizoafektywnego „zależy od przybliżonego zrównoważenia liczby, nasilenia i czasu trwania objawów schizofrenicznych i afektywnych” oraz wyróżnia zaburzenia schizoafektywne typu: - maniakalnego, - depresyjnego, - mieszane, oraz – nie określone [10].

We wskazówkach diagnostycznych podano, że „zaburzenie schizoafektywne należy rozpoznawać jedynie wtedy, gdy zarówno zdecydowane objawy schizofreniczne jak i zdecydowane objawy afektywne występują jednocześnie lub w ciągu kilku dni jedno po drugim, w trakcie tego samego epizodu choroby oraz gdy, w związku z tym, epizod choroby nie spełnia ani kryteriów schizofrenii, ani kryteriów epizodu maniakalnego czy depresyjnego [11].

Opracowane przez Üstüna i wsp. [12] „Opisy przypadków klinicznych” dot. osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi klasyfikowanymi wg Kryteriów ICD-10 nie ułatwiają klinicystom procesu diagnostycznego.

Zarówno przytoczone informacje z opracowań podręcznikowych jak też z opracowań dotyczących klasyfikacji ICD-10 wskazują, że zaburzenie schizoafektywne nadal dryfować będzie między schizofrenią a chorobą afektywną. Powodem dryfu jest brak zakotwiczenia, czy mówiąc inaczej, odniesienia do stabilnej konstrukcji diagnostycznej. Konstrukcją taką jest oparta na zasadach ewolucji, uwzględniająca zarówno okres filogenezy jak i ontogenezy czynności nerwowo-psychicznych, teoria psychofizjologiczna Mazurkiewicza [13,14]. Spojrzenie na schizofrenię jako na powolny proces dyssolucyjny umożliwia lokalizowanie ujawnionych badaniem objawów na poszczególnych piętrach ewolucyjno-dyssolucyjnych czyniąc proces diagnostyczny uporządkowanym i zrozumiałym. Pomocną w analizach klinicznych wydaje się proponowana psychiatrom mapa dyssolucyjna [15].

Diagnoza schizofrenii przebiegająca zgodnie z myślą Mazurkiewicza wyklucza możliwość interpretacji nakreślaną przez ICD-10 tj. „jednoczesnego występowania zdecydowanych objawów schizofrenii i zdecydowanych objawów afektywnych”. Tak więc, jeśli ujawniamy „zdecydowane objawy schizofrenii”, to diagnoza psychozy jest przesądzona. Należy jednak właściwie rozumieć te objawy. Z pewnością nie są nimi

objawy schneiderowskie. Okaleczenie diagnozy schizofrenii poprzez przesunięcie bleulerowskiego autyzmu do zaburzeń neurorozwojowych uczyniło psychiatrii - jak się wydaje - dużą szkodę.

Publikując w okresie ostatnich kilku lat dwa opisy przypadków z mylną diagnozą schizofrenii, sądziłem, że były to zdarzenia incydentalne. W ostatnim roku do oddziału klinicznego, w którym pracuję, zostało przyjętych siedmioro pacjentów chorujących na depresję endogenną, a których leczono wcześniej neuroleptykami rozpoznając błędnie schizofrenię.

Wydaje się, że w procesie diagnostycznym zbyt mało uwagi poświęcamy znaczeniu osobowości przedchorobowej (syntonia, schizoidia), co podkreślono w niektórych z w/w opracowań [3,4].

Bardzo ważna jest, szczególnie przy diagnozowaniu wczesnej schizofrenii, analiza odrębności psychologicznej okresu pokwitania, kształtowania się opisanych przez M. Jarosza proporcji np. syntoniczno-autystycznej, czy też ocena dynamiki symptomokompleksów [16].

Jeżeli przypomnimy sobie, że twórca pojęcia „schizofrenia”, Bleuler, wyraźnie opierał diagnozę choroby na obecności objawów osiowych (negatywnych, ubytkowych), to trudności w różnicowaniu między schizofrenią a chorobami afektywnymi tracą na ostrości.

Należy pamiętać, że objawy negatywne ujawniają się często dopiero w okresie remisji, stąd też nie należy - w wątpliwych przypadkach - spieszyć się z rozpoznaniem nozologicznym.

Teoria psychofizjologiczna Mazurkiewicza, przy wykorzystaniu proponowanego narzędzia klinicznego nazwanego mapą dyssolucyjną [15], może niejednokrotnie pozwolić na rozpoznanie schizofrenii już na etapie zaburzeń prepsychozycznych a z pewnością ułatwi różnicowanie psychozy z zaburzeniami afektywnymi [16,17,18].

Mazurkiewicz w swoim dziele poświęconym dyssolucji powolnej, prawdziwej [14], nie wspomina o zaburzeniu schizoafektywnym. Uczeń Mazurkiewicza, kierujący przed laty lubelską Kliniką Psychiatrii, prof. Mieczysław Kaczyński, współtworzący teorię psychofizjologiczną (cytowany przez Mazurkiewicza) jednoznacznie zaliczał psychozę schizoafektywną do schizofrenii rozwijającej się u osób cyklotymicznych, a więc charakteryzujących się proporcją diatetyczną struktury osobowości. W dalszym przebiegu choroby specyficzne zmiany nastroju mogą być wzmacniane przez rozwijające się - opisane przez Kaczyńskiego - zmiany charakterologiczne typu ubytkowego lub ubytkowo-wyzwoleniowego. Te ostatnie, po zapoznaniu się z publikacją Kaczyńskiego, Brzezicki określił terminem „schizofrenia paradoksalna społecznie korzystna” - na co

zwracałem uwagę podczas III Lubelskich Spotkań Naukowych w 1993 roku [19].

Reasumując można sądzić, że zaburzenie schizoafektywne jest psychozą schizofreniczną występującą u osób z proporcją diatetyczną struktury osobowości, modelowaną w dalszym przebiegu przez zmiany charakterologiczne typu ubytkowego lub ubytkowo-wyzwoleniowego. Nie jest trudno zauważyć, że większość pacjentów, u których rozpoznano psychozę schizoafektywną, charakteryzuje się budową fizyczną pykniczną (dominacja składnika eudomorficznego somatotypu). Może zbyt szybko zapomnieliśmy o typologii Kretschmera, wskazującej na związek m.in. cech prognostycznych z sylwetką somatopsychiczną chorego?

Objawy nazywane przez ICD-10 „zdecydowanie schizofrenicznymi” to wyłącznie objawy osiowe wg Bleulera lub ubytkowe (negatywne) wg Mazurkiewicza, powodujące destrukcję osobowości. Stwierdzenie ich obecności jednoznacznie wskazuje na bleulerowską „schizofrenię” czy też mazurkiewiczowską „chorobę piętrowo-dyssolucyjną”.

Cytowani wcześniej autorzy wskazywali na lepsze rokowanie w zaburzeniu schizoafektywnym w porównaniu do schizofrenii.

Jest to następstwem z jednej strony typu osobowości (syntonia u osób cyklotymicznych), z drugiej zaś - jak się wydaje - opisywanych na podstawie własnych badań kierunków dyssolucji [16,17].

Jak podano wcześniej Korzeniowski i Pużyński [5] zwrócili uwagę, że zaostrzenia psychozy schizoafektywnej manifestują się występowaniem zespołów paranoidalnych lub katatonicznych. Wieleletnie własne badania w pełni potwierdzają te spostrzeżenia co pozwoliło na stwierdzenie, że w zaburzeniu schizoafektywnym dyssolucja przybiera kierunek „skośny”, uwalniając objawy z członu gnostycznego (zespoły paranoidalne) lub kinestetycznego (zespoły katatoniczne). Taki typ dyssolucji „oszczędza” człon afektywny, co skutkuje mniejszą destrukcją osobowości.

Piśmiennictwo

1. Bilikiewicz T. Psychiatria kliniczna. Wyd. III. Warszawa; PZWL: 1968.
2. Korzeniowski L. Zarys psychiatrii. Warszawa; PZWL: 1967.
3. Noyes A.P., Kolb I.C. Nowoczesna psychiatria kliniczna. Warszawa; PZWL: 1969.
4. Kępiński A. Schizofrenia. Warszawa; PZWL: 1972.
5. Korzeniowski L., Pużyński S. red., Encyklopedyczny słownik psychiatrii. Warszawa; PZWL: 1978, s. 354.
6. Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. red., Psychiatria. Wrocław; Wyd. Medyczne: 2002.
7. Shahrokh R.E., Hales R.E. Amerykański słownik psychiatrii. Wyd. VIII. Wrocław: 2009.
8. Kaplan H.I., Sadock B.J. Psychiatria kliniczna, Wrocław; Wyd. Medyczne: 2004.
9. Semple D., Smyth R., Bums J., Davjee R., McIntosh A. Oksfordzki słownik psychiatrii. Lublin; Wyd. Czelej: 2007.
10. ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń

- zachowania. Badawcze kryteria diagnostyczne. Kraków-Warszawa; Wyd. Vesalis, IPIŃ: 1998.
11. ICD-10 Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Kraków-Warszawa; Wyd. Vesalis, IPIŃ: 1997.
 12. Üstün T.B., Bertelsen A., Dilling H., Van Dvimmelen), Pull C., Okasha A., Sartorius N. ICD-10. Zaburzenia psychiczne u osób dorosłych. Opisy przypadków klinicznych. Gdańsk; Wyd. Medical Press: 1999, s. 129-131.
 13. Mazurkiewicz J. Wstęp do psychofizjologii normalnej. Ewolucja aktywności korowo-psychicznej. Tom I, Warszawa; PZWL: 1950.
 14. Mazurkiewicz J. Wstęp do psychofizjologii normalnej. Dyssolucja aktywności korowo-psychicznej. Tom II, Warszawa; PZWL: 1958.
 15. Perzyński J. Mapa dyssolucyjna. *Bad. nad Schizofr.*, 2008; 9: 11-20.
 16. Perzyński J. Zaburzenie schizoafektywne a teoria psychofizjologiczna Jana Mazurkiewicza. *Psych. Pol.*, 2010, XLIV, 3 (supl.): 130-131. (Zjazd Psychiatrów Polskich, Poznań 2010 - streszczenia).
 17. Perzyński J. Typy i kierunki dyssolucji. *Bad. nad Schizofr.*, 2007; 8: 13-20.
 18. Perzyński J. Mapa dyssolucyjna: dyssolucja wewnątrzpiętrowa prepsychotyczna. Zespoły rzekomonerwicowe wczesnej schizofrenii. *Bad. nad Schizofr.*, 2009; 10: 17-22.
 19. Perzyński J. Schizofrenia paradoksalna społecznie korzystna wg E. Brzezickiego a zmiany charakterologiczne ubytkowo-wyzwolenione wg M. Kaczyńskiego. *Pamiętnik III Lubelskich Spotkań Naukowych*, Lublin: 1993, s. 181-182.

Adres do korespondencji

Janusz Perzyński
20-439 Lublin, ul. Głuska 1
Klinika Psychiatrii UM
e-mail: perzynsk@poczta.onet.pl