

Mapa dyssolucyjna w różnicowaniu schizofrenii i depresji psychotycznej

Dyssolutional map as diagnostic tool – differentiating schizophrenia from psychotic depression

Janusz Perzyński

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Summary

In recent years, author met several cases of misdiagnosed schizophrenia in patients suffering from recurrent depression. These patients were repeatedly hospitalized but no one revised diagnosis. The purposes of such situations may due to not precise criteria of schizophrenia listed in ICD-10 including lack of unequivocal ones and to careless psychiatric examination. The analysis of case reports revealed that schizophrenia was diagnosed in case of presence of Schneider symptoms.

The author, who has been researching on schizophrenia for over 40 years, prepared the diagnostic tool - “dyssolutional map” which is based on psychophysiological theory of Jan Mazurkiewicz. Dyssolutional map is helpful not only in diagnosing early stage of schizophrenia but also in differentiating schizophrenia from psychotic depression.

Słowa kluczowe: mapa dyssolucyjna - schizofrenia - depresja - różnicowanie

Key words: dyssolutional map - schizophrenia - depression - differential diagnosis

Wydaje się, że zasugerowane w tytule niniejszego doniesienia pytanie: - schizofrenia czy depresja psychotyczna? - ma charakter retoryczny. Że tak nie jest świadczy, coraz większa w ostatnim okresie, liczba pacjentów z ujawnionym błędnym rozpoznaniem schizofrenii.

Można się zastanowić czy nie bez winy pozostaje obowiązująca obecnie klasyfikacja chorób psychicznych ICD-10? Sporo w niej różnych terminów i określić nie do końca jednoznacznych.

Przykładem może być rozpoznanie oznaczone kodem F32.2: - „epizod ciężkiej depresji bez objawów psychotycznych”. Aby zaburzenie to nabrało cech psychotycznych konieczne jest wystąpienie „urojeń, omamów lub objawów osłupienia depresyjnego” [1]. Może rodzić się pytanie: - czy „epizod ciężkiej depresji bez objawów psychotycznych” jest psychozą czy też nie? Idąc tym tropem można postawić kolejne pytanie: - czy schizofrenia prosta w postaci tzw. zespołu osiowego (bez urojeń i halucynacji) będzie schizofrenią niepsychotyczną? Niefortunne sformułowanie, uzależniające rozpoznanie zaburzenia psychotycznego od obecności urojeń czy halucynacji, może prowadzić do nieporozumień diagnostycznych a w rezultacie do błędów terapeutycznych. Ostatnio kilkakrotnie usłyszałem z ust utytułowanych psychiatrów stwierdzenie, iż demencja nie jest psychozą (!).

Przed kilku laty opisałem przypadek pacjenta u którego rozpoznawano - podczas kilku kolejnych hospitalizacji - schizofrenię paranoidalną.

W rzeczywistości chory cierpiał na halucynozę alkoholową [2].

Halucynoza alkoholowa, zaliczana przez Bilińskiewicza do egzogennych zespołów parafrenicznych, może - jak się wydaje - przy niezbyt dokładnej analizie klinicznej, stwarzać trudności diagnostyczne.

Kolejny opisany pacjent, chorujący na zaburzenie depresyjne nawracające, leczony był kilkakrotnie w różnych oddziałach psychiatrycznych, z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej. Trwające przez wiele lat intensywne leczenie dużymi dawkami neuroleptyków (zagrożenie suicidalne) doprowadziło do uformowania się „poneuroleptycznego zespołu schizofrenopodobnego” [3].

Analiza dokumentacji lekarskiej wykazała, że po raz pierwszy diagnozę schizofrenii oparto na podstawie wklajających obraz depresyjny objawów schneiderowskich. Podczas dalszych hospitalizacji nie zadano sobie trudu weryfikacji diagnozy. Sądziłem - opisując ten przypadek - że chodziło o wydarzenie incydentalne.

W okresie ostatniego roku, do oddziału klinicznego w którym pracuję trafiło 11 chorych z błędnym rozpoznaniem schizofrenii.

Każda z osób chorujących cierpiała na zaburzenia depresyjne, ale - jak wynikało z lektury archiwalnych historii chorób - rozpoznanie schizofrenii postawiono już podczas pierwszej hospitalizacji w oparciu o towarzyszące obrazowi depresji, czasem zwiewne, objawy schneiderowskie. Podczas kolejnych hospitalizacji automatycznie przepisywano postawione wcześniej rozpoznanie, serwując chorym kolejne kuracje neuroleptykami.

Głównym powodem błędów diagnostycznych, pomijając fakt niefrasobliwości niektórych psychiatrów, jest brak jednoznacznych i opartych na faktach klinicznych kryteriów rozpoznawania psychoz schizofrenicznych. Zwracałem już wcześniej uwagę, że okaleczenie diagnozy schizofrenii poprzez przesunięcie bleulerowskiego autyzmu do zaburzeń neurorozwojowych wyrządziło psychiatrii klinicznej dużą szkodę [4]. Znakomite prace zgłębiające istotę autyzmu m.in. Kretschmera, Minkowskiego czy Bornsztajna, pozwalające psychiatrom mego pokolenia na rzeczywiste - jak się wydaje - zrozumienie choroby Bleulera, obecnie poszły w zapomnienie. Może to jedna z przyczyn błędów diagnostycznych o których mowa?

Prace klasyków psychiatrii od Kraepelina i Bleulera do Mazurkiewicza jednoznacznie wskazywały, że istotą schizofrenii (psychoz schizofrenicznych) jest destrukcja osobowości a więc narastająca symptomatologia ubytkowa, rozpoczynająca się już na etapie prepsychotycznym a ujawniająca się wypadaniem uczuć wyższych jak np. moralnych, rodzinnych, etycznych czy też zaburzeniami identyfikacji uczuciowej. Dalszy przebieg choroby zwykle charakteryzuje się pogłębianiem objawów ubytkowych.

Wydaje się, że oparcie procesu diagnostycznego na myśli ewolucyjno-dyssolucyjnej Jacksona, przełożonej na grunt psychiatrii przez Mazurkiewicza [5,6] i Kaczyńskiego, daje gwarancję rzetelnej analizy klinicznej i prawidłowego wnio-

skowania. Rozwijanie w Klinice lubelskiej teorii psychofizjologicznej zaowocowało skonstruowaniem mapy dyssolucyjnej, narzędzia pozwalającego na lokalizowanie ujawnionych badaniem symptomów na poszczególnych piętrach ewolucyjno-dyssolucyjnych, co czyni proces diagnostyczny uporządkowanym i zrozumiałym [7,8,9].

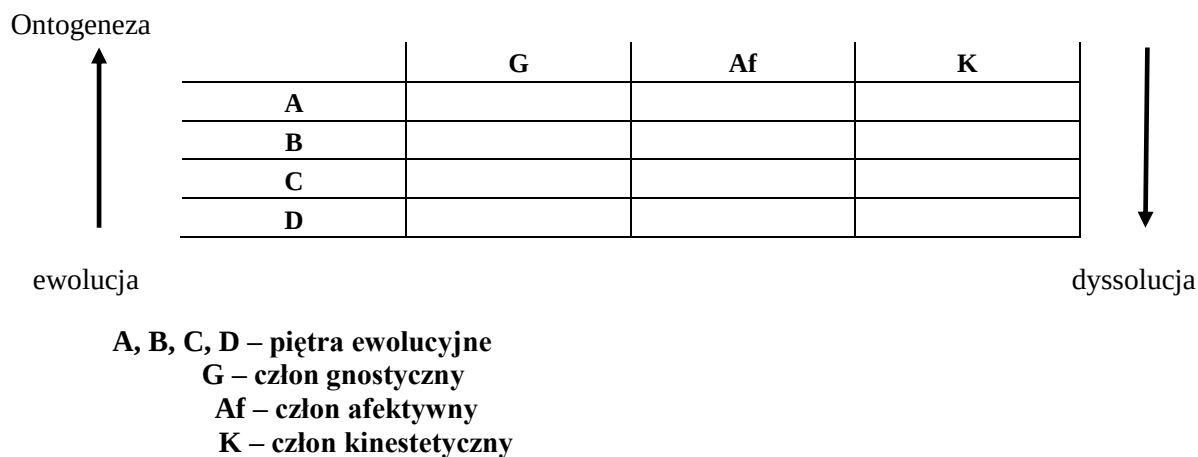
Mapa dyssolucyjna to 12-polowy diagram uwzględniający cztery piętra rozwojowe życia psychicznego w okresie ontogenezy z wyodrębnieniem trzech formujących rozwój psychiki postępów filogenetycznie młodszych tj. afektywnego (syntonicznego), gnostycznego i kinestetycznego. Schemat mapy dyssolucyjnej przedstawia ryc. 1.

Zadaniem klinicysty np. w przypadku analizy pierwszego zachorowania, podczas którego rodzi się podejrzenie wczesnej schizofrenii, będzie ocena (zawsze w odniesieniu do cech osobowości i ewentualnie odrębności psychologicznej okresu kwitania) zjawisk zachodzących na granicy pięter A (dyssolucja nerwicowa) i B (aktywność prelogiczna). Ocena spójności symptomokompleksów (każdy symptom ma składowe w polach G, Af i K) i ujawnienie ewent. „ześlizgów” do piętra prelogicznego daje - często już w okresie kilku tygodni - informacje wskazujące na rozwijający się (faza prepsychotyczna) proces schizofreniczny [8].

Szczególnie ważną jest wnikliwa analiza zmian dyssolucyjnych typu ubytkowego w członie Af gdyż tylko takie zmiany mogą upoważniać do rozpoznania schizofrenii. Należy pamiętać, że objawy ubytkowe mogą ujawniać się dopiero w okresie remisji - stąd też nie wolno spieszyć się z postawieniem rozpoznania nozologicznego.

Wspomniane na wstępie, ujawniane niepokojąco często, błędy diagnostyczne dotyczyły chorych wielokrotnie hospitalizowanych.

Ryc. 1 Mapa dyssolucyjna



Lektura archiwalnych historii chorób wskazywała, że o postawieniu rozpoznania schizofrenii decydowały objawy schneiderowskie a więc objawy, które dla twórcy pojęcia „schizofrenii” miały charakter objawów „dodatkowych”, które to - w odróżnieniu od objawów „osiowych” - w żadnym przypadku nie mogły być podstawą diagnozy. W wielu zresztą doniesieniach wskazywano na obecność objawów schneiderowskich w chorobie afektywnej, co jest zupełnie zrozumiałe, gdy kluczem do analiz klinicznych jest teoria psychofizjologiczna Mazurkiewicza.

Wspomniana wcześniej mapa dyssolucyjna jest narzędziem pomocnym nie tylko w diagnozie stadium inicjalnego schizofrenii, ale wielokrotnie sprawdziła się także w analizach zaburzeń psychotycznych m.in. w różnicowaniu tzw. depresji psychotycznej i depresji w przebiegu schizofrenii.

O ile w przypadku analizy tzw. schizofrenii prepsychotycznej koncentrujemy się głównie na ocenie dynamiki symptomokompleksów na granicy pięter A i B mapy dyssolucyjnej, to w przypadku różnicowania psychotycznych stanów depresyjnych analiza dotyczy pięter B i C. Najpierw jednak, jak w każdym badaniu psychiatrycznym, należy określić główne cechy osobowości pamiętając, że obraz depresji u osoby z psychastetyczną proporcją osobowości będzie znacznie różnił się od obrazu depresji u osoby z proporcją diatetyczną. U pacjentów w wieku klimakterycznym zwracamy uwagę na ewentualne formowanie się jednej z trzech postaw inwolucyjnych [10,11]. Klasycznymi cechami depresji są: obniżenie nastroju, spowolnienie myślenia i zahamowanie ruchowe. Wymieniana klasyczna „triada depresyjna” niejako sama „układa się” na diagramie mapy dyssolucyjnej w postaci rozbudowanego symptomokompleksu, obejmującego człony G, Af i K. Na każdy z członów można spojrzeć „podręcznikowo” jak na wykładnik choroby a więc coś, co leczeniem należy usunąć. Ale jeśli u pacjenta występują jednocześnie uporczywe myśli samobójcze to zahamowanie ruchowe, rejestrowane w członie K, może pełnić ochronną rolę instynktu samozachowawczego. Tak, więc każdy człon symptomokompleksu musi być dokładnie oceniony. Jest to szczególnie ważne gdyż nieprzemyślana ordynacja np. źle dobranego leku p/depresyjnego może mieć dramatyczne skutki. U pacjentów chorujących na zaburzenia depresyjne, u których błędnie rozpoznano schizofrenię, piętro B wypełniały symptomokompleksy dwu zespołów psychopatologicznych: depresyjnego i paranoidalnego.

Obecność objawów paranoidalnych, w połączeniu często ze schizotypicznymi cechami osobowości

- kierowała autorów błędnych rozpoznań w stronę schizofrenii. Prowadzone kuracje neuroleptyczne formowały następnie zespoły schizofrenopodobne, co utrzymywało - jak można sądzić - błędne diagnozy.

W żadnym z analizowanych przypadków nie uzyskano wyraźnej poprawy a przy wypisywaniu chorych ze szpitala często można było spotkać adnotacje: - „sztywny afektywnie”, spowolniały, bez zainteresowań”. Składowe zespoły depresyjnego przesłonięte były poneuroleptycznymi: „sztywnością afektywną” i „spowolnieniem ruchowym”. Każda z kolejnych hospitalizacji analizowanych pacjentów była jakby lustrzanym odbiciem poprzedniej. Mimo postawionych rozpoznań schizofrenii w żadnej z historii chorób nie udało się ujawnić bleulerowskich objawów osiowych czy mazurkiewiczowskich wykładników - niszczącej strukturę osobowości - prawdziwej, powolnej dyssolucji.

Reasumując można stwierdzić, że proponowana psychiatrom mapa dyssolucyjna jest prostym narzędziem porządkującym i ułatwiającym proces diagnostyczny.

Wnikliwa obserwacja symptomokompleksów, ich dynamiki i spistości wraz z dokładnym rejestrowaniem zmian zachodzących w członie Af mapy dyssolucyjnej może - jak wskazują własne doświadczenia- pomóc w trafnym postawieniu diagnozy.

Piśmiennictwo

1. ICD-10 Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Wyd. Vesalis, IPI; Kraków-Warszawa: 1997.
2. Perzyński J. Zmęczeniu psychiatry? Psychiatria po dyplomie (wyd. specjalne). Medical Tribune. Polska, 2007; 22-23.
3. Perzyński J. Schizofrenopodobny zespół depresyjny. Post. Psychiatr. Neurol., 2007; 16(supl.) 1/21: 49-51.
4. Perzyński J. Zaburzenie schizoaafektywne a choroba dyssolucyjna. Curr. Probl. Psychiatry, 2010; 11(3): 179-182.
5. Mazurkiewicz J. Wstęp do psychofizjologii normalnej. Ewolucja aktywności korowo-psychicznej. Tom I, PZWL; Warszawa: 1950.
6. Mazurkiewicz J. Wstęp do psychofizjologii normalnej. Dyssolucja aktywności korowo-psychicznej. Tom II, PZWL; Warszawa: 1958.
7. Perzyński J. Mapa dyssolucyjna. Bad. Schizofr., 2008; 9: 11-20.
8. Perzyński J. Mapa dyssolucyjna: dyssolucja wewnętrzniepiętrowa prepsychotyczna. Zespoły rzekomonerwicowe wczesnej schizofrenii. Bad. Schizofr., 2009; 10: 17-22.
9. Perzyński J. Typy i kierunki dyssolucji. Bad. Schizofr., 2007; 8: 13-20.
10. Kaczyński M. Z badań nad inwolucją psychiczną człowieka. Ann. UMCS, 1969; 24: 331-339.
11. Urbańska A. Typ postawy inwolucyjnej według Mieczysława Kaczyńskiego a obraz kliniczny depresji. (praca doktorska) Akademia Medyczna; Lublin: 2005.

Adres do korespondencji

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