

Koncepcje stanów mieszanych w polskich podręcznikach psychiatrii

The concepts of mixed state in Polish psychiatric textbooks

Joanna Grajkowska¹, Iwona Koszewska²

¹Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie

²Oddział Chorób Afektywnych, II Klinika Psychiatryczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Neuropsychiatria i Neuropsychologia 2008; 3, 3–4: 153–158

Adres do korespondencji:

dr med. Iwona Koszewska

Oddział Chorób Afektywnych

II Klinika Psychiatryczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii

Al. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa

tel. +48 22 458 27 64, faks 48 22 458 28 50

e-mail: koszewi@ipin.edu.pl

Streszczenie

Cel pracy: W ostatnich latach obserwuje się duże zainteresowanie stanami mieszаныmi w przebiegu chorób afektywnych. Celem tej pracy jest przegląd koncepcji stanów mieszanych w polskiej literaturze psychiatrycznej od czasów pierwszych podręczników do współczesnych.

Metoda: Analizie poddano wszystkie polskie podręczniki psychiatrii wydane od 1845 r. do dziś.

Wnioski: Pozycja stanu mieszanego w polskich podręcznikach obrazuje wpływ nauki światowej na wiedzę podręcznikową w Polsce. Przegląd koncepcji tłumaczy też, dlaczego za stany mieszane część psychiatrów uważa nie tylko epizody afektywne ze współistniejącymi objawami depresyjnymi i maniakalnymi, lecz także inne zaburzenia.

Słowa kluczowe: stan mieszany, choroba afektywna dwubiegunowa, depresja, mania

Wstęp

W ciągu ostatnich 20–30 lat mówi się o „renesansie” zainteresowania na świecie stanami mieszаныmi (SM) w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej (CHAD). Jedną z przyczyn są niewątpliwie dane o niekorzystnym, indukującym SM, wpływie leków przeciwdepresyjnych a także dane, z których wynika, że SM w przebiegu CHAD stanowią wyjątkowo poważny czynnik ryzyka samobójstwa. Z drugiej strony wyniki badań wskazują, że SM występują dużo częściej niż sądzono i ich rozpoznanie ma ważne znaczenie kliniczne i implikacje terapeutyczne (Goodwin i Jamison 2007). W ciągu ostatnich kilku lat zainteresowanie tym tematem pojawi-

Abstract

Aim of the study: In recent years there is a growing interest in mixed states in the course of affective disorders. The aim of this study is to present the development of the concept of mixed states in Polish psychiatric literature since publication of the first textbooks till now.

Method: The authors have analyzed all Polish psychiatric textbooks published since 1845 until now.

Conclusions: The position of mixed states in Polish textbooks reflects the impact of the world science on school-bookish knowledge in Poland. The review explains also the reason, why some psychiatrists still consider the mixed state in terms of schizoaffective, as well as personality disorder with psychotic disease, and not affective episodes.

Key words: mixed state, bipolar disorder, depression, mania

ło się także w Polsce (Koszewska 2006, 2007; Drózd 2008).

Historia stanów mieszanych jest długa, a opisy sięgają dawnych wieków. Przełomowym wydarzeniem stało się włączenie stanu mieszanego przez E. Kraepelina do psychozy maniakalno-depresyjnej, jako trzeciego rodzaju epizodu chorobowego (oczywiście obok depresji i manii). Kraepelin wyróżniał sześć postaci SM:

- manię depresyjno-lękową,
- depresję z pobudzeniem psychoruchowym,
- manię z ubóstwem myśli,
- osłupienie maniakalne,
- depresję z gonitwą myśli,
- manię zahamowaną (Kraepelin 1921).

Uważał on stany mieszane za kombinację nastroju maniakalnego i depresyjnego, spowolnionych lub przyspieszonych myśli czy aktywności zahamowanej bądź podwyższonej. Kraepelin wyróżniał dwie klasy stanów mieszanych:

- „formy przejściowe”, kiedy depresja przechodzi w manię lub odwrotnie,
- „formy autonomiczne” jako epizody chorobowe.

Podobnie jak w koncepcji Kraepelina, Weygandt uważał, że SM występują wyjątkowo często (najczęściej jako stupor maniakalny, depresja agitowana czy mania nieproduktywna), a z biegiem choroby mogą przejść w stan przewlekły i zdominować obraz choroby. Wkrótce po publikacjach Kraepelina i Weygandta zaczęto podważać koncepcję jednolitej psychozy maniakalno-depresyjnej, w tym pozycję SM. Opozycjoniści (Lange, Christiansen, Benon, Pedersen, Wernicke, Kleist, Leonard) uważali, że SM występują rzadko i nie są istotne dla przebiegu choroby. W efekcie już w latach 30. minionego stulecia zdecydowanie spadło zainteresowanie SM. Po kilkudziesięciu latach, pod koniec lat 60. ubiegłego wieku, ukazała się praca Mentzosa, w których autor przedstawił stanowisko tzw. szkoły hamburskiej. Według tej koncepcji wyróżnia się trzy typy „form mieszanych”: stany mieszane (zgodnie z Kraepelinem), psychozy mieszane (bliskie dzisiejszym psychozom schizofrenicznym) oraz psychozy o obrazach mieszanych (najbliższe psychozom cyklicznym) (Marneros 2001). Od roku 1969, gdy opublikowano wyniki badań Winokura i wsp. (1969) nad psychopatologią zespołów mieszanych, datuje się rozpoczęcie nowej ery zainteresowania tymi stanami, ponownie, jak w początkach opisów, w kontekście zaburzeń afektywnych. W następnych latach podjęto już liczne nowe badania, w tym współpracy międzynarodowe. Przez wiele lat koncentrowano się na SM z kilkoma objawami depresyjnymi, czyli „manią dysforyczną” (manią depresyjno-lękową wg Kraepelina), tym samym pomijając depresję agitowaną (depresję z pobudzeniem psychoruchowym wg Kraepelina).

Współcześnie przyjmowane są kryteria określone jako: szerokie (w czasie manii lub hipomanii występuje jakikolwiek objaw depresyjny) bądź pośrednie (manii towarzyszy kilka objawów depresyjnych) lub wąskie (mania wraz z pełnoobjawowym zespołem depresyjnym). Brakuje badań epidemiologicznych i do dziś uważa się, że SM są często niewłaściwie rozpoznawane z powodu zróżnicowanych objawów lub niedoszacowane z powodu nieodpowiednich określeń diagnostycznych.

Międzynarodowe kryteria SM (ICD-10, 1997) uważane są za wąskie i obejmują sytuację, gdy:

- obecny epizod charakteryzuje się albo współwystępowaniem, albo szybką zmiennością (tj. w ciągu kilku godzin) objawów hipomaniakalnych, maniakalnych i depresyjnych,
- zarówno objawy maniakalne, jak i depresyjne pozostają nasilone przez większość czasu w okresie co najmniej 2 tyg.,
- w przeszłości co najmniej jeden dobrze udokumentowany epizod hipomaniakalny lub maniakalny (F30.-), epizod depresyjny (F32.-) lub afektywny mieszany (F38.00).

Według klasyfikacji DSM IV (APA, 1994) kryteria rozpoznania SM są następujące:

1. Prawie każdego dnia, trwające przynajmniej tydzień, muszą być spełnione kryteria pełnego epizodu maniakalnego i epizodu depresyjnego (za wyjątkiem czasu) razem.

2. Zaburzenia nastroju muszą być dostatecznie głębokie, aby przyczynić się mogły do znaczącego pogorszenia funkcjonowania zawodowego albo zwykłych aktywności społecznych, albo współżycia z innymi, albo wymagać konieczności hospitalizacji w celu zapobieżenia dokonania krzywdy sobie lub innym, albo gdy występują czynniki psychotyczne.

3. Objawy te nie są wywołane wpływem fizjologicznym różnych związków (np. uzależnieniem od narkotyków, leków lub innych środków leczniczych) albo ogólnym stanem zdrowia (np. nadczynnością tarczycy).

Uwaga: Epizody przypominające stany mieszane, które są wyraźnie spowodowane leczeniem depresji (np. leki, elektrowstrząsy, fototerapia), nie powinny być zaliczane do zaburzeń dwubiegunowych typu I.

Jak widać, obydwie klasyfikacje stoją na wspólnym stanowisku, że stany mieszane to współwystępowanie objawów depresyjnych i maniakalnych. Klasyfikacja amerykańska uwzględnia jedynie typ I CHAD, europejska obejmuje dwa typy CHAD.

Choć sprecyzowano kryteria diagnostyczne w ICD-10 i DSM-IV, wszyscy badacze są do dziś zgodni, że kryteria te są zbyt wąskie, mało wartościowe z punktu klinicznego i dlatego najczęściej stosuje się kryteria pośrednie (pełny zespół afektywny oraz co najmniej trzy objawy stanu przeciwnego).

Mimo że dzisiaj epizody mieszane uważane są wyłącznie za zespoły w przebiegu chorób afektywnych, nierzadko spotyka się pogląd, że SM to inne zespoły objawów psychopatologicznych, np. zaburzenia schizofreniczne czy zaburzenia osobowości wraz z zespołami psychotycznymi.

Celem tej pracy jest przegląd koncepcji SM w polskiej literaturze psychiatrycznej od pierwszych podręczników psychiatrii do współczesnych. Analizie poddano wszystkie polskie podręczniki psychiatrii wydane od 1845 r. do dziś.

Stany mieszane w podręcznikach polskich

Polska literatura psychiatryczna sięga 1845 r., kiedy to wydano pierwszy podręcznik w tej dziedzinie. W pozycjach wydawniczych takich autorów, jak B. Frydrych (1845), A. Janikowski (1864), J. Rolle (1863, 1865), R. Płaskowski (1866), A.M. Rothe (1879, 1885), A. Erlicki (1897) nie natrafiamy na żaden ślad opisu obrazu mieszanego. Pierwsze wzmianki o stanach mieszanych można znaleźć w podręczniku M. Bornsztajna *Zarys psychiatrii klinicznej* (1922, s. 81). Autor zwraca uwagę na trudności w zrozumieniu tego stanu, niemożność wczucia się w przeżycia chorego, znajdujemy tu obszerne wyjaśnienia tego stanu: „Zespół mieszany. Zespoły objawowe, tylko co opisane, manjakałny i depresyjny, są dla nas w swej czystej postaci zrozumiałe psychologicznie, jako nasilenia naturalnych, normalnych stanów podniecenia i przygnębienia. Zaburzają się jednak zespoły, nie odpowiadające tym typom idealnym, powyżej nakreślonym, wyobrażające natomiast mieszaninę elementów psychologicznych, wchodzących w skład stanu depresyjnego i manjakałnego (Weygandt: „Über die Maischzustände des maniacal-depressiven Irreseins”, München 1899). Widzieliśmy, że na ten stan depresyjny składają się następujące elementy: smutek, zahamowanie myślowe, zahamowanie ruchowe; zaś na stan manjakałny: wesołość, gonitwa myśli i podniecenie ruchowe. Jeżeli wyobrazimy sobie, że niektóre elementy jednego stanu kombinują się z elementami drugiego, to otrzymamy szereg stanów mieszanych, które nie są już dla po większej części zrozumiałe psychologicznie, w które o wiele trudniej jest nam się wczuć, niż w zwykłe stany depresyjne lub manjakałne. Z kombinacji tych trzech elementów w każdym stanie można skonstatować sześćorakie możliwości stanów mieszanych. Zwrócimy tu tylko uwagę na najważniejsze, względnie częściej napotymane. 1. Stan manjakałny z afektem lękowym (a więc gonitwa myślowa, podniecenie ruchowe, ale zamiast afektu wesołości – smutek, lęk). 2. Stan depresyjny z podnieceniem (dawniejsza „melancholia agitata”) wszystkie elementy depresji, tylko zamiast zahamowania

ruchowego – podniecenie. 3. Stan manjakałny z zahamowaniem myślowym (t. zw. nieproduktywna manja) (afekt wesołości, podniecenia ruchowego, ale przytem powolność i trudność w kojarzeniu). 4. Jeżeli przyłącza się do stanu poprzedniego i zahamowanie ruchowe to otrzymamy obraz t. zw. osłupienia manjakałnego. W tym stanie chory będąc nieruchomym ma wyraz twarzy wesoły. Może powstawać jeszcze szereg innych kombinacji, których tu przytaczają już nie będziemy; dodamy jeszcze tylko, że mogą obok siebie w dziedzinie samego myślenia istnieć zahamowanie myślenia i elementy gonitwy myślowej; powstaje wtedy ociężałość myślenia z nagłymi skokami myśli i skojarzeniami dźwiękowymi (Schroder) lub w dziedzinie afektywnej – mieszanina afektu depresyjnego z egzaltacją”. Dalej Bornsztajn pisze (s. 84): „specjalne trudności pod względem rozpoznawczym przedstawiają t. zw. stany mieszane. Kiedy się stwierdza stan taki, a w braku wywiadów lub niedokładności i niedostateczności jest się zmuszonym na zasadzie samego obrazu klinicznego do zdania sobie sprawy, z czym się ma do czynienia, to wszelka ostrożność jest bardziej wskazana, niż kiedykolwiek. Zwłaszcza jeżeli chodzi o rozpoznanie różniczkowe ze schizofrenią, trudnościami są często nie do zwalczania nawet przy dłuższej obserwacji. Doświadczenie moje poucza mnie, że w większości tych przypadków, wykazujących t. zw. stany mieszane, nie tylko «status praesens», ale i przebieg różni się znacznie od przebiegu w typowej psychozie maniakałno-depresyjnej, a różnica polega na tem, że przerwy między napadami są znacznie krótsze, że wobec tego napady są znacznie częstsze, a zdarza się, że następują po sobie prawie bezpośrednio w ciągu wielu lat, tak, że chory nie może opuścić zakładu. Obserwuję od lat wielu chorą, w której wywiadach są dane, świadczące o rodzinnej skłonności do wyraźnych wahań afektywnych. Sama ona objawia szereg różnych stanów mieszanych. Przebieg jej choroby jest pouczający. Badałem ją po raz pierwszy w roku 1911, to jest lat temu osiem, wtedy wywiady wykazywały już, że przed sześciu laty przechodziła czterotygodniowy stan depresyjny, potem była podobno całkiem zdrowa w ciągu lat sześciu, (jest to jedyny okres dłuższy, w którym nie było podobno żadnych objawów). Od roku 1911 począwszy, chora była umieszczona w szpitalu pięć razy, przy czym w roku 1915 chorowała dwa razy po kilka miesięcy. Od czerwca 1917 roku jest w szpitalu nieustannie, aż do lutego 1919 roku, przyczem zwolnienia w ciągu tych dwu lat były tylko dwukrotnie po parę tygodni, kiedy zach-

wywała się poprawnie i pracowała. Obecnie, mimo cechy manjakałne i depresyjne pomieszane w oddzielnych napadach, chorą uważam za schizofreniczną ze względu na pewną afektywną zmianę, która pogłębia się w niej po każdej fazie. Na ogół powiedzieć muszę, że coraz rzadziej w latach ostatnich rozpoznaję stany mieszane i sądzę, że ta koncepcja kliniczna Weygandta upadnie całkowicie w czasie najbliższym...” W 1948 r. (s. 236), w drugim wydaniu podręcznika, Bornaštajn podkreśla: „Ta moja przepowiednia, wypowiedziana 25 lat temu, sprawdziła się. Nikt już dziś o stanach mieszanych w sensie Weygandta nie mówi...”

W 1923 r. pojawiła się kolejna wzmianka w polskiej literaturze o stanie mieszanym. W książce pt. *Diagnostyka psychiatryczna* A. Piotrowskiego (Piotrowski 1923, s. 59-60) czytamy: „Manja może bezpośrednio przejść w melancholję i odwrotnie, albo może przerwać bieg melancholji i wsunąć się w melancholję jako objaw przemijający i na odwrót melancholja może tworzyć epizod w okresie manjakałnym. Przy tem wytwarza się łatwo stan pomieszania. Czasem obie postaci chorobowe mieszają się. Wtenczas rozpoznanie jest utrudnione. Manja mieszana z melancholją przedstawia wesołe zahamowanie t. z. manjakałne odrętwienie czyli manję nieproduktywną. Melancholja – zmieszana z manją wyraża się podnieceniem ruchowym w depresji. Mamy wtedy melancholję czynną z trwoźną gonitwą myśli. Jeśli w życiu pacjenta przejawia się tylko manja albo tylko melancholja, mówimy o psychozie powtórnej. Gdy natomiast obie postaci chorobowe występują naprzemiennie, wtedy mamy do czynienia z psychozą okresową czyli psychozą maniakałno – depresyjną. W rzadkich przypadkach manja wzgl. melancholia pojawia się raz jeden w życiu. Niekiedy zamiast wyraźnej psychozy manjakałno-depresyjnej – znajdujemy lekkie wahania nastrojowe (ekspansywne albo depresyjne), które przez całe życie niepokoją pacjenta częstymi napadami (cyklotymja). Lekka depresja podobna jest nieraz do newrastenji. W ciężkich przypadkach manji i melancholji chorzy bywają niepoczytalni, w lepszych przypadkach poczytalność bywa zmniejszona”. Podobnie również J. Frosting w *Psychiatrii* (Frosting 1933, T. 2., s. 157) poświęca stanowi mieszanemu cały rozdział, zaczynając od zdefiniowania pojęcia: „Przez stany mieszane rozumiemy stany, w których pojedyncze przejawy manji i melancholii sprzegają się z sobą w jednym obrazie psychicznym... Przebieg waha się pomiędzy smutnym zachowaniem a namiętnym podnieceniem”. W *Wiadomościach psychiatrycznych z psychiatrii ogólnej* napisanych przez

W. Łuniewskiego opisu stanów mieszanych nie zamieszczono. Wynika z tego, że w podręcznikach psychiatrii w okresie przedwojennym opisywano stany mieszane jako trudne do zrozumienia i rozpoznania.

W okresie powojennym (po drugim wydaniu *Zarysu psychiatrii klinicznej* Bornaštajna) w 1954 r. ukazuje się *Zarys psychiatrii. Compendium* L. Korzeniowskiego. W rozdziale *Zaburzenia afektywne* (s. 114) autor pisze: „W stanach mieszanych występują u chorych współcześnie cechy melancholii i manii. Może ich być kilka rodzajów: 1. Stan depresji z pobudzeniem ruchowym (melancholia agitata). 2. Depresja z gonitwą myśli. 3. Mania gniewliwa, cechująca się dysforią i agresywnością. 4. Stan maniakałny z zahamowaniem ruchowym (osłupienie maniakałne)”. W kolejnych wydaniach *Zarysu psychiatrii* L. Korzeniowskiego (1965, 1967, 1969) zamieszczone są te same informacje na temat stanów mieszanych: „Zespół mieszany. Składa się on z elementów zespołów maniakałnego i depresyjnego, np. z podniecenia psychoruchowego i zahamowania ruchowego lub z podniecenia ruchowego i zahamowania psychicznego (melancholia agitata). Zespół ten spotkać możemy w przypadkach nietypowych psychozy cyrkularnej lub depresjach inwolucyjnych”.

Wydarzeniem na rynku wydawniczym było ukazanie się w 1957 r. *Psychiatrii klinicznej* T. Bilikiewicza, która to książka przez wiele następnych lat była uznanym i cenionym podręcznikiem, o czym może świadczyć siedmiokrotne wznawianie tej pozycji, aż do 1988 r. Wśród zespołów z kręgu cyklofrenii autor wymienia jedynie zespół depresyjny i maniakałny. W opisach melancholii można przeczytać: „Postacie melancholii z podnieceniem psychomotorycznym (melancholia agitata) są rzadsze niż te, które przebiegają z zahamowaniem...” (s. 158). Więcej informacji o współwystępowaniu depresji i manii nie znajdujemy. Informacji o tym zaburzeniu nie zawiera także *Krótki diagnostyka psychiatryczna* napisana w 1961 r. przez E. Wilczkowskiego i A. Bukowczyka.

Kolejną pozycją książkową wydaną po raz pierwszy w 1976 r. i wznawianą przez kolejne lata, aż do 1988 r., są *Podstawy psychiatrii* M. Jarosza. W każdym z kolejnych wydań znajdujemy zmodyfikowane informacje. Jarosz w rozdziale dotyczącym postaci i przebiegu chorób afektywnych pisze (Jarosz 1983, s. 131): „U niektórych chorych obserwuje się tzw. postaci mieszane, gdzie w przebiegu jednego zespołu występują objawy niejako przeciwstawne,

np. depresja z pobudzeniem ruchowym i słownym (depressio agitata), pojawiająca się najczęściej u ludzi starszych. W ostatnim wydaniu z 1988 r. (Jarosz 1988, s. 110) autor dodaje: „E. Kraepelin opisał kilka atypowych postaci zespołu maniakalnego, zaliczanych przez niego do zespołów mieszanych, w których występują elementy manii i depresji. Są to: mania z osłupieniem (stupor maniakalny), mania depresyjna, mania nieproduktywna, depresja z gonitwą myśli oraz mania akinetyczna”.

W 1978 r. ukazała się publikacja *Zespoły zaburzeń psychicznych* J. Jaroszyńskiego. Zarówno w pierwszym wydaniu, jak i w następnych dwóch nie ma wiadomości o stanach mieszanych. Dwa lata później, w 1980 r. (w 33 lata po śmierci autora), ukazał się *Zarys psychiatrii psychofizjologicznej* autorstwa J. Mazurkiewicza (1980). Znajdujemy tu krótką informację o stanach mieszanych (s. 220): „Oba nastroje w napadach psychozy maniakalno-depresyjnej mają charakter ustrojowy – niekompleksowy – wykazują siłę żywiołową, która wyłącza nastrój przeciwwstawny. Opisywane przez niektórych autorów, zresztą rzadko spotykane, obrazy mieszane, takie jak melancholia agitata, stupor maniacalis, mania zahamowana itp., w rzeczywistości nie należą do klasycznej psychozy maniakalno-depresyjnej, ale są kombinacją z elementami schizofrenicznymi, histerycznymi albo należą do psychoz reaktywnych, albo wreszcie są zaostrzeniami w przebiegu stanów psychopatycznych”. Jak czytamy, Mazurkiewicz wątpi w występowanie stanów, w których objawy afektywne depresji i manii mogą występować w tym samym czasie. Uważa bowiem, że do pojęcia stany mieszane bardziej pasuje stan będący kombinacją objawów afektywnych z zachowaniem z kręgu zaburzeń osobowości lub psychozy, w tym schizofrenii.

W 1987 r. ukazuje się oczekiwany podręcznik *Psychiatria* pod redakcją S. Dąbrowskiego, J. Jaroszyńskiego i S. Pużyńskiego (Dąbrowski i wsp. 1987). W pierwszym tomie, w rozdziale Pużyńskiego o chorobach afektywnych, znajdujemy informacje, że stan mieszany (s. 135): „jest niezbyt rzadko obserwowanym obrazem klinicznym zespołów afektywnych, w którym jednocześnie lub naprzemiennie na przestrzeni krótkiego odstępu czasu (np. jednej doby) występują elementy zespołu depresyjnego i maniakalnego, np. zahamowanie ruchowe i nastrój maniakalny i lęk, zahamowanie ruchowe i gonitwa myśli. Taki zespół mieszany pojawia się najczęściej u osób z naprzemiennym przebiegiem dwubiegunowej choroby afektywnej w okresie zmiany fazy lub rzadziej bezpośrednio

wyprzedza remisję. Niekiedy pojawia się na krótko (1–2 dni) w czasie stosowania dużych dawek leków przeciwdepresyjnych”. W podręczniku tym, podobnie zresztą jak w podręczniku Jarosza, spotykamy opis stanów mieszanych rozumianych jako zaburzenia wyłącznie z kręgu afektywnego.

W książce *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny* A. Bilikiewicza i W. Strzyżewskiego wydanego w 1992 r. nie znajduje się nic na temat stanów mieszanych. Inną pozycją, w której pominięto to zaburzenie są *Zasady rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych* z 1993 r. pod redakcją S. Pużyńskiego i M. Beręsewicz. W kolejnych latach do pozycji książkowych, które nie wspominają o stanach mieszanych, dołączyła *Psychiatria* A. Bilikiewicza wydana po raz pierwszy w 1998 r. i wznowiana w latach kolejnych. W wydaniach od roku 2002 (s. 368) znajduje się krótka wzmianka o stanach mieszanych autorstwa S. Pużyńskiego, podobna do tej opisanej w trzytomowym podręczniku z roku 1987.

Obecnie podstawowym podręcznikiem psychiatrii jest trzytomowa *Psychiatria* z 2002 r. wydana pod redakcją A. Bilikiewicza, S. Pużyńskiego, J. Rybakowskiego i J. Wciórki (Bilikiewicz i wsp. 2002). W drugim tomie (s. 366) zostały opisane: „Zespoły mieszane. Są niezbyt rzadko obserwowanym obrazem klinicznym zespołów afektywnych, w którym jednocześnie lub naprzemiennie w krótkim odstępie czasu (np. jednej doby) występują elementy zespołu depresyjnego i maniakalnego, np. zahamowanie ruchowe i nastrój maniakalny i lęk, zahamowanie ruchowe i gonitwa myśli, nastrój depresyjny i dysforia. Taki zespół mieszany pojawia się najczęściej u osób z naprzemiennym przebiegiem dwubiegunowej choroby afektywnej w okresie zmiany fazy lub rzadziej bezpośrednio wyprzedza remisję. Niekiedy pojawia się na krótko (1–2 dni) w czasie stosowania dużych dawek leków przeciwdepresyjnych”. W drugim tomie jest zamieszczony cały podrzdział (s. 380–382): 4.3. *Stany mieszane (zespoły mieszane)*, w którym wyczerpująco opisano pochodzenie, pozycję nozologiczną, definicję, rozpowszechnienie, przebieg, diagnostykę różnicową i terapię.

Na uwagę zasługuje pozycja J. Rybakowskiego *Oblicza choroby maniakalno-depresyjnej*, w której autor opisuje historię tej kategorii diagnostycznej i charakteryzuje dwie kliniczne postaci SM: manię dysforyczną oraz depresję maniakalną (Rybakowski 2008).

Podsumowanie

Historia koncepcji i opisywania stanów mieszanych w polskich podręcznikach psychiatrii jest pochodną zainteresowania tym problemem w świecie. W latach 20. ubiegłego wieku zwracano już uwagę na trudności diagnostyczne (Piotrowski 1923; Bornsztajn 1922), przez kolejne lata dystansowano się do SM (Bornsztajn 1948), wręcz pomijano (Bilikiewicz 1957–1988), aby wreszcie uznać, że SM zajmują poważne miejsce w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej (Bilikiewicz i wsp. 2002; Rybakowski 2008). Historia ta pozwala wytłumaczyć też, dlaczego niekiedy za SM część psychiatrów uważa zaburzenia schizofreniczne (Bornsztajn 1948; Mazurkiewicz 1980) czy zaburzenia osobowości wraz z chorobą psychiczną (Mazurkiewicz 1980). Lata pomijania tej kategorii diagnostycznej oraz odmienne rozumienia stanu mieszanego, nie wyłącznie w kategoriach zaburzeń afektywnych, musiały przyczynić się do uproszczonego spostrzegania zaburzeń afektywnych w ogóle, a przede wszystkim relacji między depresją a manią.

Interesujące jest, dokąd zaprowadzi nas współczesny „renesans” i jak głęboką wiedzę uzyskamy z nowych badań nad stanami mieszanymi w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej.

Piśmiennictwo

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM IV. APA, Waszyngton 1994.
2. Bilikiewicz A. Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998, 2000, 2001, 2003, 2004, 2006.
3. Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wiórka J. Psychiatria. T. I–III. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2002.
4. Bilikiewicz A, Strzyżewski W. Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1992.
5. Bilikiewicz T. Psychiatria kliniczna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1957, 1960, 1966, 1969, 1988.
6. Bornsztajn M. Zarys psychiatrii klinicznej. Spółka Wydawnicza Lekarska, Lwów 1922.
7. Bornsztajn M. Wstęp do psychiatrii klinicznej. Księgarnia Ludowa, Łódź 1948.
8. Dąbrowski S, Jaroszyński J, Pużyński S. Psychiatria. T. I–III. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1987.
9. Dróżdż W. Mieszane stany depresyjne: symptomatologia, rozpowszechnienie i zasady leczenia. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia* 2008; 3: 85–91.
10. Erlicki A. Wykłady kliniczne o chorobach umysłowych. Druk K. Kowalewskiego. Warszawa 1897.
11. Frostig J. Psychiatria. T. I, II. Wydawnictwo Zakładu Narodowego Imienia Ossolińskich, Lwów 1933.
12. Frydrych B. O chorobach umysłowych. Nakładem autora. Warszawa 1845.
13. Goodwin FK, Jamison KR. Manic – depressive illness. Bipolar disorders and recurrent depression. II ed. Oxford University Press, New York 2007.
14. ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. UWM „Vesalius” i Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków, Warszawa 1997.
15. Janikowski A. Patologia i terapia chorób umysłowych. Skład Główny w księgarni Rudolfa Friedeina, Warszawa 1864.
16. Jarosz M. Podstawy psychiatrii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1988.
17. Jarosz M, Cwynar S. Podstawy psychiatrii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1983.
18. Jaroszyński J. Zespoły zaburzeń psychiatrycznych. IPIŃ, Warszawa 1994.
19. Korzeniowski L. Zarys psychiatrii. Compendium. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1954.
20. Korzeniowski L. Zarys psychiatrii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1965, 1967, 1969.
21. Koszewska I. Rozwój koncepcji stanu mieszanego w chorobach afektywnych w ujęciu historycznym. *Postępy Psychiatrii Neurol* 2006; 15: 93–99.
22. Koszewska I. Stany mieszane w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej. Monografie psychiatryczne nr 6. Instytut Psychiatrii i Neurologii 2007.
23. Kraepelin, E. Manic-depression insanity and paranoia. E.S. Livingstone, Edinburgh 1921.
24. Marneros A. Origin and development of concepts of bipolar mixed states. *J Affect Disorder* 2001; 67: 229–240.
25. Mazurkiewicz J. Zarys psychiatrii psychofizjologicznej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1980.
26. Piotrowski A. Diagnostyka psychiatryczna w zarysie dla studentów i lekarzy. E. Wende i S-ka, Warszawa 1923.
27. Płaskowski R. Psychiatria. Drukarnia „Gazety Handlowej”, Warszawa 1884.
28. Pużyński S, Beręsewicz M. Zasady rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych. IPIŃ, Warszawa 1993.
29. Rolle J. Choroby umysłowe. W drukarni W. Rogulskiego i Spółka, Petersburg 1863. cz. 1., 1864 cz. 2.
30. Rothe AM. Psychiatria czyli nauka o chorobach umysłowych. Druk K. Kowalewskiego, Warszawa 1885.
31. Rothe AM. Psychopatologia Forensis czyli nauka o chorobach umysłowych. W drukarni Fr. Pobudkowicza w dzierzawie A. Koziańskiego, Kraków 1879.
32. Rybakowski J. Oblicza choroby maniako-depresyjnej. Termedia, Poznań 2008.
33. Wilczkowski E, Bukowczyk A. Krótka diagnostyka psychiatryczna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1961.