

## Recenzja książki „Trudne diagnozy psychiatryczne. Analiza przypadków” pod redakcją naukową Jolanty Rabe-Jabłońskiej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014

Profesor Teofan Maria Domżał napisał, że publikacje kazuistyczne dawniej budowały zręby wiedzy klinicznej. Teraz są niżej cenione niż tzw. prace oryginalne. Od czasu do czasu zdarza się jednak coś niezwykłego, zasługującego na publikację, tylko trzeba to zauważyć, wiedzieć, że jest to właśnie ten rzadki przypadek (Domżał 2014). Można to odnieść do książki „Trudne diagnozy psychiatryczne. Analiza przypadków”. W 27 rozdziałach 25 autorek i autorów przedstawiło opisy 30 przypadków. Ich komentarze do większości z tych opisów mogłyby być odrębnymi publikacjami przeglądowymi. Są rzeczowe, zawierają istotne informacje dotyczące diagnostyki, także różnicowej, oraz leczenia omawianej choroby. Część z nich wzbogacona jest o przejrzyste tabele.

We wstępie prof. Jolanta Rabe-Jabłońska wskazała na „nadrozpoznanie” zaburzeń depresyjnych, z których wiele spełnia kryteria zaburzeń adaptacyjnych, a także na zbyt rzadkie poszukiwanie organicznego podłoża depresji i niedostateczną diagnostykę chorób somatycznych u chorych na schizofrenię. Podkreśliła, że lekarze, również psychiatry, różne niespecyficzne dolegliwości somatyczne kładą na karb zaburzeń psychicznych, nie szukając innych przyczyn. Nie sposób się z tym nie zgodzić. Z własnych obserwacji wynika na przykład, że ze skierowanych w ubiegłym roku na oddział psychiatryczny kobiet u ponad 16% wcześniej rozpoznawano zaburzenia afektywne – epizody depresyjne. W trakcie hospitalizacji rozpoznania tego nie potwierdzono u niemal 90% z nich. Rozpoznano zaburzenia adaptacyjne, nerwicowe. Chociaż u większości najwłaściwszym rozpoznaniem byłoby „zmartwienie”. Rozpoznanie depresji na różnych etapach diagnostyki i leczenia pojawia się w 16 z przedstawionych w książce przypadków.

Wielu opisanych w publikacji chorób możemy nigdy nie spotkać, inne przeoczyć lub zbagatelizować. Może tak być z neuroakancytozą, mieszaną chorobą tkanki łącznej, kserostomią, leukodystrofią metachromatyczną, limbicznym zapaleniem mózgu, dysfunkcjami seksualnymi związanymi z lekami z grupy SSRI, w tym przetrwałymi zaburzeniami seksualnymi po leczeniu SSRI (PSSD). Z koniecznością różnicowania transseksualizmu z psychozą zetknie się prawdopodobnie każdy psychiatra. Zdarza się, że zapominamy, iż zaburzenia konwersyjne powinny być rozpoznawane dopiero po wykluczeniu somatycznych przyczyn obserwowanych objawów. Należy docenić wysiłek autorów, ich wytrwałość w dążeniu do ustalenia właściwego rozpoznania i zastosowania odpowiedniego leczenia. Można i warto również z nimi dyskutować. Trzeba jednak pamiętać, że będzie to ocena bitwy, którą stoczyli inni.

Trudno, na przykład, nie zgodzić się z autorką rozdziału 9., Magdaleną Kotlicką-Antczak, że nie należy spieszyć się z rozpoznaniem schizofrenii. Wart uwagi jest komentarz przybliżający pojęcie ryzykownego stanu psychicznego (RSP). Czy jednak rozpoznanie schizofrenii w opisywanym przypadku było poważnym błędem, jak sądzi autorka? Czy objawy psychotyczne u tego pacjenta były podprogowe? One istniały i zareagowały na stosowany ponad rok risperidon. Czy nie z tym należy wiązać poprawę stanu psychicznego i funkcjonowania pacjenta? Zaleca się, by leczenie przeciwpsychotyczne chorych na schizofrenię z pierwszym epizodem psychotycznym trwało 1–2 lata (Jarema 2010). Tak jak w opisanym przypadku. Rozpoznanie depresji u tego pacjenta, jako mniej obciążającej, jest raczej dowodem na to, że pojęcie to traci swoją dawną wartość diagnostyczną. Staje się rozpoznaniem zastępczym. Dodawanie do niego określeń, takich jak „stan ryzyka rozwoju psychozy”, nie jest dla pacjenta, jak sądzę, mniej obciążające. Znam natomiast wiele osób, u których przed laty rozpoznano „zespół paranoidalny” i nie stało się to dla nich „wyrokiem na całe życie”. Trudno mi zaakceptować stwierdzenie autorki, że „na diagnozę i leczenie z pewnością jeszcze przyjdzie czas”.

Kilka rozdziałów poświęcono sytuacjom, w których podejrzewano (i potwierdzono lub nie) obecność choroby prowadzącej do otępienia. Opisano więc przypadki choroby Creutzfeldta-Jakoba, wodogłowia normotensyjnego, zwyrodnienia czołowo-skroniowego. Były one początkowo maskowane przez objawy psychopatologiczne. Godne uwagi są wszystkie, wspomnę o dwóch.

W rozdziale 3. Radosław Magierski przedstawił niemal detektywistyczną drogę przejścia od podejrzania u 77-letniej kobiety choroby Alzheimera wysuwanej przez rodzinę, poprzez rozpoznanie zaburzenia afektywnego – depresji, do rozpoznania „zaburzenia depresyjne, szkodliwe picie alkoholu”. Autor podkreśla, że otępienia u tej pacjentki nie rozpoznano mimo wskazujących

na nie wyników badania neuropsychologicznego. Słusznie stwierdza, że wynik tego badania nie mógł być rozpatrywany w oderwaniu od całości obrazu klinicznego. Sądzę, że przypadek ten jest istotny jeszcze z jednego powodu. Moim zdaniem pierwotny był problem nie medyczny, lecz socjologiczny, czyli „zespół osamotnienia”. Nie jest on rzadki u ludzi w wieku podeszłym, zwłaszcza kobiet, trafiających do psychiatrii. Osoby takie miewają nawet dość liczną rodzinę, ale zwykle, dosłownie lub w przenośni, mieszkają osobno. Z tego wywodzą się skargi na lęk, poczucie pustki, smutek, nadużywanie leków czy alkoholu. Bliscy, ale realnie „dalsi”, takiej osoby skargi te chętnie wiążą z depresją lub chorobą Alzheimera. Nie tak rzadko jest to podtrzymywane przez psychiatrów, co skutkuje dodatkową porcją leków. Edukacja rodzin i opiekunów bywa pracą syzyfową. Opisana w rozdziale 3. pacjentka miała szczęście, że trafiła do psychiatrii, który nie potraktował jej problemów powierzchownie.

W rozdziale 8. Tomasz Sobów ciekawie przedstawił przejście od rozpoznania otępienia czołowo-skroniowego, ustalonego na podstawie obrazu klinicznego i wyników badań neuroobrazowych, do diagnozy nietypowo przebiegającej choroby afektywnej dwubiegunowej. Sformułował przy tym interesującą sugestię, że być może pierwotne rozpoznanie nie było błędne. Autor wskazuje na opisy atypowych postaci zespołów otępienia czołowo-skroniowego, spełniających standardowe kryteria diagnostyczne, ale z bardzo powolną, nawet zerową progresją objawów. Lektura rozdziałów poświęconych chorobom prowadzącym do otępienia lub mogącym je powodować skłania do pewnej refleksji. Mianowicie: nie powinno się używać zamiennie pojęcia otępienia i nazwy takiej czy innej choroby. Otępienie nie jest chorobą. Jest szczególnym zespołem objawów. Może się pojawiać w przebiegu wielu chorób i w różnych sytuacjach klinicznych, z różnym początkowo zaakcentowaniem objawów i chociaż rzadko – może ustępować. Jak wskazano w komentarzu do przypadku z rozdziału 8., spełnienie kryteriów zwyrodnienia czołowo-skroniowego nie musi się wiązać z rozwojem zespołu otępiennego.

Przypadki opisane w rozdziałach 12., 17. i 18., autorstwa, kolejno, Tomasza Pawelczyka, Iwony Kłoszewskiej i Jolanty Rabe-Jabłońskiej, to przykłady, jak powierzchowne rozpoznanie zaburzeń konwersyjnych, depresyjno-lękowych i „obciążający” wywiad psychiatryczny mogą tragicznie zaważyć na losach pacjentów z chorobami nowotworowymi. Rację ma prof. Kłoszewska, że trudno tu o komentarz.

Z innych powodów interesujący jest rozdział 26., w którym Jolanta Rabe-Jabłońska przedstawiła przypadek 5-letniego chłopca „rozmawiającego z nieistniejącym przyjacielem”. Słusznie przypomniała, że nie każde nierzeczywiste spostrzeżenie naszych pacjentów jest objawem choroby psychicznej. Sądzę, iż warto pamiętać, że jeśli takim doznaniem wzrokowym czy słuchowym towarzyszy wgląd w ich nierzeczywistą naturę (prawidłowy sąd realizujący), to nie są to halucynacje. W polskim piśmiennictwie psychiatrycznym są one nazywane parahalucynacjami, halucynoidami, automatyzmami sensorycznymi (Jaroszyński 1993; Jarosz 1998; Wciórka 2010). Różnicowanie to ma znaczenie diagnostyczne i lecznicze. Z własnych doświadczeń wynika, że jeśli nierzeczywistym percepcjom towarzyszy wgląd, to leki przeciwpsychotyczne rzadko są skuteczne. W przypadku opisanego chłopca zastosowano edukację rodziców, nie neuroleptyk.

Nie sposób nawet w kilku zdaniach skomentować każdy z przedstawionych w książce przypadków. Dobrze, że Krzysztof Styczeń, Marcin Siwek i Dominika Dudek przypomnieli o istnieniu takiej choroby, jak kiła (rozdział 14.). Warto pamiętać, że zaburzenia czynności tarczycy mogą być maskowane przez objawy zaburzeń psychicznych (rozdział 7., autor Dominik Strzelecki). Różne postaci dysfunkcji tarczycy nie są rzadkie u pacjentów oddziałów psychiatrycznych. Część z nich można najpewniej zakwalifikować do kategorii zespołu zaburzeń pozatarczycowych przebiegających z eutyreozą (*non-thyroidal illness* – NTI). Często nie wymagają one interwencji endokrynologicznej (Dickerman i Barnhill 2013). Jednak nie tak rzadkie są przypadki niedoczynności lub nadczynności tarczycy wymagające takiej interwencji.

Autorzy w miarę możliwości dość dokładnie przedstawili leczenie farmakologiczne, jakiemu poddawani byli opisywani pacjenci na różnych etapach diagnostyki i terapii przez różnych lekarzy, nie tylko psychiatrów. Jakiś lek psychotropowy podano 26 z nich, 14 przyjmowało jednocześnie co najmniej dwa leki psychotropowe w ciągu jednej lub kilku kuracji. Ośmioro z nich otrzymywało jednocześnie 3 do 5 leków psychotropowych w przebiegu jednej do trzech kuracji. W tych złożonych kuracjach 16 leków było stosowanych w dawkach niższych od zalecanej minimalnej dawki terapeutycznej. Łączono leki przeciwdepresyjne, przeciwpsychotyczne, przeciwdepresyjne z przeciwpsychotycznymi, przeciwdepresyjne i przeciwpsychotyczne z pochodnymi benzodiazepiny

i nasennymi, pochodną benzodiazepiny z innym lekiem z tej grupy. Najstarsza pacjentka otrzymywała jednocześnie 5 leków „internistycznych” i 3 leki „psychiatryczne”. Niekiedy trudno pojąć sens takich połączeń, na przykład podawania jednocześnie dwóch pochodnych benzodiazepiny lub haloperidolu z risperidonem. Inna sprawa, że jest to dość powszechna praktyka. Dzieje się tak mimo zalecanej w większości standardów monoterapii (Odagaki 2009; Jaracz i wsp. 2012). Podczas stosowania jednocześnie kilku leków łatwo o nieracjonalną polifarmakoterapię. Za taką uważane jest między innymi nakładanie się mechanizmów farmakodynamicznych, na przykład w razie połączenia dwóch pochodnych benzodiazepiny, dwóch leków przeciwpsychotycznych (poza kłozapinę), leku z grupy SSRI z SNRI, lub nieadekwatne dawkowanie – jeden z leków stosowany w dawce niższej niż terapeutyczna (Zigman i Blier 2014). W naszym kraju blisko połowa chorych na schizofrenię wypisywana jest z oddziałów psychiatrycznych z zaleceniem przyjmowania dwóch leków przeciwpsychotycznych, a niekiedy trzech (Jaracz i wsp. 2012). Warto przywołać stwierdzenie Paracelsusa: „Wszystko i nic nie jest trucizną, najlepszym kryterium jest dawka” (wg Gajda 2011). Sądzę, że każdy z nas musi ocenić, kiedy decyzja o zastosowaniu jednocześnie dwóch lub więcej leków przeciwpsychotycznych lub innych psychotropowych jest przemyślana i racjonalna, a kiedy stanowi wyraz bezradności.

Na koniec mogę tylko powiedzieć, że omawiana książka jest bardzo pożyteczna. Potwierdza, że w dobie medycyny opartej na dowodach nie traci na znaczeniu medycyna oparta na doświadczeniu. Jest także dowodem na renesans kazuistyki.

*Stefan Krzywiński*

## Piśmiennictwo

1. Dickerman AL, Barnhill JW. Nieprawidłowe wyniki badań tarczycy u chorych z zaburzeniami psychicznymi: czy mogą być mylące? *Medycyna Praktyczna. Psychiatria* 2013; 5: 21-29.
2. Domżał TM. Na tle nerwowym. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2014.
3. Gajda Z. Do historii medycyny wprowadzenie. Wydawnictwo WAM, Kraków 2011.
4. Jaracz J, Tetera-Rudnicka E, Kujath D, et al. Rozpowszechnienie politerapii w leczeniu chorych na schizofrenię wypisywanych z oddziałów psychiatrycznych w Polsce. *Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii* 2012; 1: 17-24.
5. Jarema M. Leksykon schizofrenii. Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2010.
6. Jarosz M. Złudzenia i omamy. W: *Psychiatria dla studentów medycyny*. Bilikiewicz A (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998: 55-61.
7. Jaroszyński J. Zespoły zaburzeń psychicznych. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1993.
8. Odagaki Y. Atypical neuroleptic malignant syndrome or serotonin toxicity associated with atypical antipsychotics. *Curr Drug Safety* 2009; 4: 84-93.
9. Wciórka J. Psychopatologia: objawy i zespoły zaburzeń psychicznych. W: *Psychiatria*. Tom I. Rybakowski J, Pużyński S, Wciórka J (red.). Wydawnictwo Medyczne Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2010: 305-398.
10. Zigman D, Blier P. Wskazówki, jak unikać nieracjonalnej polifarmakoterapii w psychiatrii. *Medycyna Praktyczna. Psychiatria* 2014; 1: 14-20.