

## Depresja psychotyczna czy schizofrenia?

Psychotic depression or schizophrenia?

Janusz Perzyński, Monika Michalak, Aneta Perzyńska-Starkiewicz

Katedra i Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

---

### Streszczenie

Depresja endogenna może stwarzać problemy diagnostyczne gdy zamaskowana jest np. – jak obserwowano to w lubelskiej Klinice Psychiatrii – urojeniami ciąży, kleptomanią czy zespołami euforycznymi w następstwie uszkodzenia mózgu. Atypowe depresje z towarzyszącymi cechami zespołów urojeniowych czy zaburzeniami popędowymi bywają błędnie diagnozowane jako schizofrenia. Przypadek taki obserwowano przed sześcioma laty także w Klinice Psychiatrii w Lublinie. Opisując ten przypadek wydawało się, że jest to zdarzenie incydentalne. W ostatnim roku jednak weryfikację błędnie rozpoznanej schizofrenii u chorych na depresję endogenną przeprowadzono u kilkunastu pacjentów. Dlatego też opisano kolejną pacjentkę z nieprawidłowym rozpoznaniem schizofrenii, wskazując na najczęstsze błędy popełniane przez lekarzy psychiatrów.

*Słowa kluczowe:* schizofrenia, depresja, różnicowanie

### Abstract

Endogenous depression may pose diagnostic problems when it is masked, as observed at the Lublin Department of Psychiatry, by pseudocycsis, kleptomania or euphoric syndromes caused by brain damage. Atypical depressions accompanied by delusional syndromes or drive disorders are sometimes incorrectly diagnosed as schizophrenia. A case of this kind was observed six years ago at the Department of Psychiatry in Lublin. At the time the case was being described, it seemed to be an incidental event. However, a dozen of cases of endogenous depression wrongly diagnosed as schizophrenia have been verified in the last year. For that reason another patient with an incorrect diagnosis of schizophrenia was described with an indication of the most frequent errors committed by psychiatrists.

*Keywords:* schizophrenia, depression, differential diagnosis

---

### Wstęp

Rozpoznanie choroby afektywnej jednobiegunowej, nazywanej dawniej depresją endogenną może stwarzać trudności gdy obraz choroby zostaje zamaskowany np. obserwowanymi w lubelskiej Klinice Psychiatrii – urojeniami ciąży [1], kleptomanią [2] czy też odwracalnymi zespołami euforycznymi, będącymi następstwem uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego po próbach samobójczych [3].

Psychiatrom, którzy zgłębili – wydaną przed blisko 40 laty – monografię Antoniego Kępińskiego, mistrza przekazywania subtelnych barw i tonacji przeżyć osób dotkniętych chorobą psychiczną, może wydawać się, że postawione w tytule niniejszego doniesienia pytanie ma charakter retoryczny. Cytowany autor pisał: - „w depresji endogennej koloryt jest czarny... to, co normalnie skrzy się różnorodnością kolorytu życia, staje się czarne i przez to nabiera specyficznej głębi, człowiek widzi bezsens i płyciznę swego dotychczasowego życia... w depresji schizofrenicznej dominuje, trudna do określenia, mroczna pustka... wymiary czasowe rozplywają się nie ma ani początku ani końca, jest jakby mgła...”[4].

U opisanego przed sześciu laty pacjenta Kliniki lubelskiej, leczonego wcześniej kilkakrotnie w różnych oddziałach psychiatrycznych, błędnie rozpoznano schizofrenię [5]. Diagnozę schizofrenii postawiono podczas pierwszej hospitalizacji, opierając się – jak można było sądzić z lektury wypożyczonych historii chorób – na, wikłających obraz depresji endogennej, zwiernych

urojeniach prześladowczych i zaobserwowanej przez personel masturbacji pacjenta. Zarówno podczas pierwszej jak i następnych hospitalizacji, ze względu na zagrożenie suicidalne, stosowano duże dawki neuroleptyków. Następstwem farmakoterapii było nie tylko zamaskowanie symptomów endogennej depresji ale także uformowanie się poneuroleptycznego zespołu schizofrenopodobnego. Wprowadzenie – po weryfikacji diagnozy i wielotygodniowym usuwaniu objawów pozapiramidowych – leczenia przeciwdepresyjnego dało pozytywny efekt, potwierdzając diagnozę choroby afektywnej. Badania katamnetyczne wykazały, że pacjent – po rezygnacji z zaopatrzenia rentowego – powrócił do pracy w zawodzie nauczyciela kontynuując zalecone przy wypisaniu z Kliniki, leczenie stabilizatorami nastroju.

Opisując powyższy przypadek wydawało się, że chodziło o zdarzenie incydentalne. Własne obserwacje z ostatnich lat wskazują, że niestety tak nie jest. Błędne rozpoznawanie schizofrenii zdarza się – jak się wydaje – zbyt często. W ostatnim roku w Klinice lubelskiej dokonano weryfikacji diagnozy u kilkunastu chorych.

Tak więc pytanie zawarte w tytule nie ma charakteru retorycznego i uzasadnia przedstawienie kolejnego przypadku błędnej diagnozy.

### Opis przypadku

Pacjentka A.M., urodzona w 1964 roku, mężatka, matka trojga dzieci. Pielęgniarka w oddziale chirurgicznym.

Pięcioletniowa hospitalizacja, latem 2011 roku, była czwartą z kolei a pierwszą w Klinice lubelskiej. Wcześniej trzykrotnie hospitalizowana dwóch różnych oddziałach psychiatrycznych centralnej Polski.

Z lektury wypożyczonych oryginałów historii chorób wynikało, że pierwsze zaburzenia psychiczne wystąpiły wiosną 2003 roku. Pacjentka po urodzeniu trzeciego dziecka, przebywała trzeci rok na urlopie wychowawczym. Na kilka tygodni przed pierwszą hospitalizacją wystąpiły obniżenie nastroju i spadek aktywności. Przy narastającym poczuciu mniejszej wartości i obawach, że nie podoła obowiązkowi, pojawiły się podejrzenia, że mąż „może mieć inną kobietę”. Zgłosiła się do lekarza rodzinnego z prośbą o leki „na uspokojenie i na pobudzenie libido”. Pojawiły się natrętne obawy, że – kilka lat wcześniej – mogła jednemu z pacjentów podać „zły zastrzyk” co doprowadziło do zgonu. Może „za zaniedbania” zostać ukarana. Miała wrażenie, że jest na ulicy obserwowana, spodziewała się rychłego aresztowania. Słyszała głosy - „lepiej sama się powieś”. Odnotowano w historii choroby także wypowiedzi pacjentki: - „bałam się żeby tego nie zrobić bo mam dzieci”. W nocy poprzedzającej hospitalizację nasilił się lęk - „już przyjechali po mnie, stoją za drzwiami”. W pierwszym dniu pobytu chorej w szpitalnym oddziale psychiatrycznym zanotowano: - „nastrój obojętny, rozkojarzająca się, wypowiada urojenia ksbne i odnoszące, przyznaje się do omamów słuchowych”. Nie przytoczono treści objawów wytwórczych, nie wyjaśniono bliżej terminu „rozkojarzająca się”.

W czwartym dniu hospitalizacji zanotowano: - „prawidłowy kontakt logiczno-słowny, bez omamów słuchowych, bez doznań psychotycznych”. Kolejne zapisy lakoniczne: - „nastrój wyrównany, spokojna, bez urojeń i omamów, uczestniczy w terapii zajęciowej”. Notatka psychologa nie informowała czy wykonano jakieś testy diagnostyczne i ograniczyła się do stwierdzenia; - „od lata ubiegłego roku obniżony nastrój, płacziwa, bezsensu wszystkiego, potem uciążliwe głosy. Wnioski: - dekompensacja zachowania o charakterze psychotycznym”. W leczeniu stosowano perazynę (do 300mg/dobę). Rozpoznano: „Ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne (F 23.1)” i po pięciu tygodniach wypisano ze szpitala. Pacjentka podjęła pracę zawodową, kontynuowała leczenie w warunkach ambulatoryjnych przez kilka miesięcy, potem – ze względu na odczuwane osłabienie – odstawiła perazynę.

Do drugiej hospitalizacji doszło po 6 latach. Jesienią 2009 roku obniżył się nastrój, spadła aktywność, wystąpiły obawy przed zwolnieniem z pracy i karą za rzekomy (przed wielu laty) błąd w podaniu pacjentowi iniekcji. Zgłosiła się do Poradni Zdrowia Psychicznego i zaczęła przyjmować zalecone leki (zulklopentiksol – 30mg. dz. i olanzapinę – 20 mg.dz.). Mimo przyjmowania leków pojawiły się głosy: - „uciążliwe i komentujące”. Po trzech tygodniach została przyjęta do klinicznego oddziału psychiatrycznego. W historii choroby zanotowano: - „Potwierdza obecność omamów słuchowych, uciążliwych, spowolniała, wyraźnie obniżony nastrój, niechęć do kontaktów, niska samoocena, lęk przed ludźmi - « bo widzę, że jestem chora»”. Wyrażała obawę przed zwolnieniem z pracy - „bo pogorszy się sytuacja finansowa rodziny”. Po dwóch tygodniach leczenia sulpirydem (do 600 mg. dz.) i olanzapiną (do 200 mg. dz.) pacjentka zgłosiła zatrzymanie miesiączki. Po ty-

godniu zamieniono sulpiryd na flupentiksol (6 mg. dz.). Dalsze zapisy w historii choroby lakoniczne: - „poprawa nastroju i aktywności”. Ostatnia notatka, w szóstym tygodniu hospitalizacji: - „wypisana w stanie poprawy”. Rozpoznano: „Zespół paranoidalny lekooporny (F 20.0). Po wypisaniu przyjmowała olanzapinę (15 mg. dz.). Podjęła pracę zawodową, ale wkrótce w związku z redukcją etató1), została zwolniona. Skorzystała z zaopatrzenia rentowego w oparciu o dokumentację lekarską z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej.

Po niespełna dwóch latach przerwała leczenie olanzapiną. Po tygodniu spadła aktywność i pojawiły się doznania słuchowe: - „nakazujące zrobienie sobie krzywdy”. Pacjentka została przyjęta do oddziału szpitalnego, w którym była – przed laty – hospitalizowana po raz pierwszy. W Izbie Przyjęć zanotowano: - „nastrój obojętny, potwierdza omamy słuchowe, urojenia ksbne i imperatywy suicidalne”. Po kilku dniach zapisano: - „potwierdza halucynacje słuchowe o treści szydzącej, bluźnierczej, rozkazujące się utopić... nastrój obniżony... bez formalnych zaburzeń myślenia, ambiwalentna, w dobrym kontakcie słownym”. Następne zapisy nie dostarczały żadnych dodatkowych informacji o stanie psychicznym. Raz tylko zanotowano, że pacjentka chciałaby zobaczyć dzieci”. W leczeniu stosowano aripiprazol (do 30 mg. dz.) i olanzapinę (25 mg. dz.) Po miesiącu zmieniono aripiprazol na perfenazynę (max. dawka 32 mg. dz.) a po tygodniu dołączono pochodne kwasu walproinowego Depakine Chrono (800 mg. dz.). Wypisując – po dziesięciu tygodniach – pacjentkę ze szpitala zalecono: olanzapinę (25 mg. dz.) Depakine Chrono (1000 mg. dz.) i perfenazynę depot – iniekcje domięśniowo co dwa tygodnie. Rozpoznano schizofrenię paranoidalną (F.20).

Do czwartej hospitalizacji, tym razem w Klinice lubelskiej, doszło w lipcu 2011 roku. Powodem skierowania były masywne objawy neurodysleptyczne (sztywność mięśni, dystorsja, drżenie kończyn, akatyżja) zaburzające zdolność do prawidłowego funkcjonowania. Przez okres trzech tygodni stosowano jedynie wlewy dożylny z soli fizjologicznej i 5% glukozy z dodatkiem diazepamem (oczekując na nadesłanie oryginałów historii choroby). Przeprowadzone badania, zebrane anamnezy oraz lektura dokumentacji lekarskiej z poprzednich trzech hospitalizacji pozwoliły na postawienie rozpoznania: „Poneuroleptyczny zespół pozapiramidowy. Przebyte trzy epizody depresji psychotycznej”.

W okresie ostatnich dwóch tygodni (hospitalizacja 5-tygodniowa), po ustąpieniu objawów pozapiramidowych, stosowano małe dawki leków tymoleptycznych, Depakine Chrono i perfenazynę (4mg. dz.). Wypisując pacjentkę zalecono dalsze leczenie ambulatoryjne i podjęcie pracy w niepełnym wymiarze godzin (z wykluczeniem zatrudnienia w godzinach nocnych).

Dwukrotne badania katamnetyczne, po 6 miesiącach i po roku od wypisania z Kliniki, wydały się potwierdzić prawdziwość rozpoznania zaburzeń afektywnych. Pacjentka przyjmuje stabilizator nastroju i małe dawki klomipraminy (20 mg. dz.) i perfenazyny

(4 mg. dz.), jest aktywna, dobrze radzi sobie w zajęciach domowych. Członkowie rodziny podkreślają jej wrażliwość emocjonalną i zaangażowanie uczuciowe przy rozwiązywaniu ważnych problemów. Niestety, mimo wielu prób, nie udało się znaleźć częściowego

zatrudnienia w żadnej z miejscowych i okolicznych placówek Służby Zdrowia. Wg opinii męża pacjentki głównym powodem jest to, że w małej miejscowości, w której zamieszkują potencjalni pracodawcy „mogli przestraszyć się renty z powodu schizofrenii”.

### Komentarz

Lektura archiwalnych historii chorób, zarówno przedstawionej wyżej pacjentki jak też historii chorób wielu innych pacjentów, u których weryfikowano błędną diagnozę schizofrenii, wskazuje na kilka powtarzających się błędów. Pierwszym jest postawienie rozpoznania podczas pierwszej hospitalizacji, mimo np. braku pełnej anamnezy, braku badań psychologicznych, zupełnego pomijania analizy cech osobowości oraz analizy struktury i dynamiki obrazu klinicznego oraz braku zamykającej całość ten proces diagnozy różnicowej. Warto w tym miejscu przytoczyć słowa Eugeniusza Brzezickiego: - „Ze względu na dobro chorego, nigdy nie powinno się po pierwszym ataku ostrej psychozy wypisywać orzeczenia schizofrenii... Dopiero po trzecim nawrocie tego stanu można zdecydować się na rozpoznanie schizofrenii... bez wyrzutów sumienia” [6].

U pacjentów hospitalizowanych więcej niż jeden raz nie przeprowadza się analizy remisji, jakby zapominając, że stanowi ona nierozłączną część (podobnie jak faza prepsychotyczna) obrazu klinicznego schizofrenii. Analiza składowych choroby ma olbrzymie znaczenie dla formułowania odpowiedzi na postawione w tytule niniejszej pracy pytanie.

W analizowanej dokumentacji nie spotkano próby weryfikacji postawionego podczas pierwszej hospitalizacji, a także powtarzanego przy następnych, rozpoznania schizofrenii. Powtarzającym się błędem, popełnianym przez psychiatrów u analizowanych pacjentów, był pośpiech w ordynowaniu i zwiększaniu dawki neuroleptyków. Stwierdzenie w Izbie Przyjęć szpitala czy kliniki, że chory był już hospitalizowany z rozpoznaniem schizofrenii, niemal automatycznie, już od pierwszego dnia, uruchamiało kurację neuroleptyczną. Szybkie zwiększanie dawki prowadziło – u pacjentów chorujących na depresję – do maskowania choroby przez pojawiające się cechy zespołu parkinsonowskiego. Poneuroleptyczna – jak można sądzić - blokada emocji

była określana w historiach chorób jako: - „sztywność afektu” lub „bladość afektywna”.

Częstą dyrektywą, przy zakończeniu pierwszej hospitalizacji (mimo błędnego rozpoznania schizofrenii), były zalecenia „oszczędzającego trybu życia” w postaci np. zmiany kierunku studiów, zmiany stanowiska pracy, rezygnacji z zawarcia małżeństwa lub u kobiet – z planowanego macierzyństwa.

Poza wymienionymi wyżej błędami psychiatrów są także inne przyczyny nieprawidłowego diagnozowania schizofrenii. W pracy opublikowanej na łamach *Current Problems of Psychiatry*, przed dwoma laty, zwracano uwagę m.in. na uproszczenia zawarte w obowiązującej klasyfikacji ICD-10, dotyczące zarówno rozpoznawania depresji jak też i schizofrenii. Prezentowano także, po raz kolejny, mapę dysolucyjną, narzędzie kliniczne oparte na teorii psychofizjologicznej Jana Mazurkiewicza, pozwalające na przeprowadzenie rzetelnej diagnozy zarówno rozpoczynającej się schizofrenii jak też diagnozy różnicowej [7].

### Piśmiennictwo

1. Perzyński J. Atypowe nawroty depresji z urojeniami cięży: opis przypadku. *Post. Psychiatr. Neurol*, 1998, supl. 2(7), 75-6.
2. Perzyński J. Atypowe nawroty depresji z objawami kleptomani: opis dwóch przypadków. *Post. Psychiatr. Neurol*, 1998, supl. 2(7), 77-9.
3. Perzyński J. Odwracalne zespoły euforyczne po próbie samobójczej w przebiegu depresji: opis trzech przypadków. *Post. Psychiatr. Neurol*, 2000, supl. 3(11), 71-5.
4. Kępiński A. *Melancholia*, Warszawa, PZWL, 1974, 41-42.
5. Perzyński J., Perzyński A. Schizofrenopodobny zespół depresyjny: opis przypadku. *Post. Psychiatr. Neurol*, 2007, 16 supl. 1(21), 40-51.
6. Brzezicki E. Katamneza i prognoza w ostrych psychozach młodzieńczych. *Psychiatr. Pol.*, 1971, 7,V, 379-386.
7. Perzyński J. Mapa dysolucyjna w różnicowaniu schizofrenii i depresji psychotycznej. *Curr. Probl. Psychiatry*, 2010, vol. 11,4,301-303.

### Adres do korespondencji:

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