

## O istocie choroby piętrowo-dyssolucyjnej

On the essence of the dyssolutional disorder

Aneta Perzyńska-Starkiewicz, Janusz Perzyński

Katedra i Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

---

### Streszczenie

Schizofrenia, nazwana przez twórcę teorii psychofizjologicznej Jana Mazurkiewicza, chorobą piętrowo-dyssolucyjną jest powolnym, przewlekłym procesem chorobowym, w którym na skutek uszkodzenia najwyższych ewolucyjnie pięter układu nerwowego ujawniają się, zmienione przez chorobę czynności ewolucyjnie niższe, przyjmując postać objawów psychotycznych np. urojeń czy halucynacji. Przez wiele miesięcy a czasem i lat, choroba rozwija się w sposób skryty, przyjmując postać tzw. fazy prepsychotycznej. Ujawnienie się psychozy skutkuje na ogół hospitalizacją. Jan Mazurkiewicz wyróżnia dwie kategorie symptomów. Objawy wytwórcze jak np. halucynacje poddają się farmakoterapii. Problemem są odporne na leczenie, objawy ubytkowe (negatywne), które mogą ujawniać się dopiero po ustąpieniu ostrej fazy choroby. Są one następstwem uszkodzenia głównie życia uczuciowego chorych, co skutkuje zmianą struktury osobowości. Przedstawiono dorobek lubelskiej Kliniki Psychiatrii dotyczący diagnozowania objawów stanowiących istotę schizofrenii tj. zmian charakterologicznych. Opisane przez M. Kaczyńskiego zmiany charakterologiczne wczesnej schizofrenii, wzbogacone dodatkowo wynikami badań prowadzonych, przez wiele lat, przez pracowników Kliniki, pozwalają na szybkie, nawet już w okresie prepsychotycznym, rozpoznanie choroby i opracowanie odpowiedniego programu leczniczo-resocjalizacyjnego.

*Słowa kluczowe:* schizofrenia, choroba dyssolucyjna

### Abstract

Schizophrenia, which the author of the psychophysiological theory, Jan Mazurkiewicz, calls the dyssolutional disorder, is a slow-progressing, chronic disease. In schizophrenia, impairment of the evolutionarily highest level structures of the nervous system leads to pathological changes in evolutionarily lower functions, which manifest themselves as psychotic symptoms, e.g., delusions or hallucinations. For many months, and sometimes even years, the disease develops insidiously, taking the form of the so-called pre-psychotic phase. When psychosis manifests itself, hospitalization is generally required. Mazurkiewicz distinguishes two categories of symptoms. Positive symptoms, such as hallucinations, respond well to medication. More problematic are refractory deficit (negative) symptoms, which may become manifested only after remission of the acute phase of the disease. They are a consequence of the devastation of patients' emotional life, which results in a changed personality structure. This article presents the achievements of the Lublin Department of Psychiatry in diagnosing the symptoms which represent the essence of schizophrenia, i.e. character changes. Kaczyński's description of changes of character in early schizophrenia, enriched with results of research conducted for many years by the staff of the Department, enable fast diagnosis and development of a suitable treatment and social rehabilitation program.

*Keywords:* schizophrenia, dyssolutional disorder

---

Psychozę, nazwaną przed ponad stu laty, przez Eugeniusza Bleulera schizofrenią, charakteryzowało występowanie objawów osiowych oraz dodatkowych. O ile o rozpoznaniu choroby decydowały objawy osiowe, nazywane też negatywnymi lub ubytkowymi, o tyle symptomy dodatkowe (wytwórcze, pozytywne) określały jedynie postać kliniczną schizofrenii tj. wg E. Bleulera: prostą, paranoidalną, katatoniczną lub hebefreniczną. Przesunięcie w ostatnich latach, wyróżnionego przez E. Bleulera, pojęcia autyzmu do grupy zaburzeń neurorozwojowych (ICD-10, kat. F.84), okalecza – na co zwracano już uwagę w piśmiennictwie – proces diagnostyczny i tak trudnej do rozpoznania, szczególnie w okresie inicjalnym schizofrenii[1].

Każda psychoza rozpoczyna się z chwilą, gdy sternictwo funkcjami psychicznymi – zgodnie z teorią psychofizjologiczną Jana Mazurkiewicza – przejmuje w na-

stępstwie procesu dyssolucyjnego, niższe ewolucyjnie piętro tj. piętro prelogiczne[2].

W psychozach egzogennych, z wyjątkiem tzw. psychoz organicznych oraz w psychozach reaktywnych, proces chorobowy – najczęściej – przebiega szybko i ma charakter odwracalny tzn. nie pozostawia trwałych ubytków w strukturze osobowości. Proces schizofreniczny

jest postępującą powoli dysolucją (dysolucja powolna) rozpoczynającą się od ewolucyjnie najwyższego piętra a ujawniającą się klinicznie mniej lub bardziej widoczną symptomatologią prepsychotyczną (faza prepsychotyczna). Stopniowe wyłączanie z funkcji sterującej najwyższego piętra, a następnie przekazanie sternictwa piętru prelogicznemu ma charakter nieodwracalny, gdyż pozostawia pewien ślad, znamię, bliznę czy ubytek, co powoduje, że uzyskana w wyniku terapii (czasem samistna remisja) nie jest powrotem do stanu pełnego zdrowia. J. Mazurkiewicz nazywa ten typ dysolucji, dyssolucją

prawdziwą. Stopniowo, zależnie od struktury osobowości oraz przebiegu choroby, narastająca symptomatologia ubytkowa prowadzi do zubożenia struktury osobowości. Farmakoterapia usuwa lub zmniejsza nasilenie objawów wytwórczych (urojenia, omamy), co pozwala na uzyskanie różnego typu remisji. Pozostaje jednak wspomniany wyżej ślad, który można porównać do blizny po zranieniu. Pokryty blizną ubytek nie ma już cech zdrowej tkanki i w różny sposób może wpływać na funkcję narządu.

Mieczysław Kaczyński tego typu zmiany osobowości, ujawniające się często już podczas pierwszej hospitalizacji z powodu schizofrenii, nazwał zmianami charakterologicznymi wyróżniając typy: ubytkowy i ubytkowo-wyzwoleniowy [3,4,5]. M. Kaczyński zwrócił uwagę na konieczność wczesnej diagnozy choroby gdyż wczesne podjęcie terapii, hamując proces dyssolucyjny, zmniejsza zakres zmian charakterologicznych a więc poprawia jakość remisji i korzystnie wpływa na dalszy przebieg choroby. Eugeniusz Minkowski stwierdził: „Nie możemy czekać, żeby choroba doszła aż do stadium końcowego, aby powiedzieć czym jest” [6].

Pewne rozpoznanie schizofrenii można postawić jedynie wówczas gdy ujawnią się typowe dla tej choroby symptomy tj. objawy układające się w zespół zmian charakterologicznych. Czasem jest to możliwe już w okresie formowania się fazy prepsychotycznej [7] a czasem dopiero w okresach pierwszej lub drugiej remisji. E. Brzezicki stwierdzał: „, 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 [8].

Adam Perzyński w pracy doktorskiej poświęconej analizie zmian charakterologicznych, ujawniających się podczas pierwszej hospitalizacji chorych na schizofrenię [9], przytacza słowa M. Kaczyńskiego określające charakter jako: „, złożony genetycznie i ewolucyjnie dynamizm, sterujący osobowością człowieka. Zmiany charakterologiczne należałoby w tym kontekście rozumieć jako osłabienie charakteru i zubożenie sternictwa czołowego”. Tą najwyższą ewolucyjnie ale jednocześnie najbardziej podatną na uszkodzenia funkcję korowopieczną M. Kaczyński określał skrótem HOSS, co oznaczało hamowanie popędowości pięter niższych ewolucyjnie, organizowanie i scalanie czynności psychicznych oraz sterowanie tymi czynnościami [10].

Pierwszy z wyodrębnionych przez M. Kaczyńskiego typów zmian został określony jako „zmiany charakterologiczne ubytkowe”. Zmianę tą charakteryzowały: „, ubytek uczuć intelektualnych, społecznych, estetycznych, altruistycznych czy intencjonalnych”. W obrazie klinicznym ujawniają się: „, uczucia i formy myślowe izolowane, różne psychologicznie i o różnej wartości społecznej, często powodujące konflikty w życiu osobistym, rodzinnym, zawodowym, społecznym”.

W zmianach drugiego typu „ubytkowo-wyzwoleniowych” – jak podawał M. Kaczyński – „ubytek

jest ten sam lub większy... Pojawia się mniejsza pobudliwość psychiczna, spokój wewnętrzny, ośmielenie, poczucie „równości człowieczej”, „rozwinięcie umysłu przez chorobę” owe „zmartwychwstanie”, „realizm życia”, swoista przewaga rozumu z uproszczeniem zjawisk lub ujęciem bliskim ujęciu prelogicznemu. Następuje ubytek hamulców, opanowywania popędów i niższych psychizmów z ujawnieniem swobody, braku dystansu, egoistycznych dążeń. Występuje tu wybitnie zmiana zasad dotycząca podstaw postępowania i zachowania, przez co znaczenie społeczne procesu ubytkowo-wyzwoleniowego jest wyraźne, często konfliktowe z uwagi na przewagę źródeł i motywów popędowych”.

Badania wspomnianego wyżej A. Perzyńskiego, potwierdziły występowanie opisanych przez M. Kaczyńskiego zmian charakterologicznych w blisko 94% pacjentów hospitalizowanych po raz pierwszy z powodu schizofrenii paranoidalnej. W badanej grupie okres nieleczonej choroby wynosił blisko 10 miesięcy a okres nieleczonej psychozy blisko 3 miesiące. U 36% badanych chorych ujawniły się zmiany charakterologiczne typu ubytkowego a u blisko 9% pacjentów typu ubytkowo - wyzwoleniowego. U pozostałych osób oba typy zmian współwystępowały.

Opisane przez M. Kaczyńskiego zmiany charakterologiczne odpowiadają we współczesnej nomenklaturze klinicznej objawom negatywnym oraz zaburzeniom poznawczym, zwłaszcza w obszarze kognicji społecznej, co sprawiła – jak podkreśla A. Perzyński – że „M. Kaczyński wyprzedził wnioski innych autorów o wiele lat” [9].

Warto zauważyć, że wyodrębnione przez M. Kaczyńskiego zmiany charakterologiczne typu ubytkowo - wyzwoleniowego – w trzy lata później E. Brzezicki określił terminem schizofrenia paradoksalnie społecznie korzystna [11].

Wcześniejsze badania prowadzone w Klinice lubelskiej dotyczące dynamiki zmian charakterologicznych w kolejnych rzutach schizofrenii (30-letnia ciągła obserwacja podczas kolejnych hospitalizacji i remisji tych samych chorych), wykazały że stopniowo zmniejszał się odsetek pacjentów ze zmianami ubytkowo - wyzwoleniowymi. W remisjach dziewiątej i dziesiątej ujawniano u badanych tylko zmiany typu ubytkowego [12].

Nawiązując do podanego w tytule niniejszego doniesienia problemu pierwotnej dysolucji powolnej, jak nazywał schizofrenię J. Mazurkiewicz, należy stwierdzić, że istotą choroby jest – wpływające na zmianę struktury osobowości – uszkodzenie uczuciowości najwyższej. Symptomatologia ubytkowa zmienia „koloryt osobowości” jak pisał Antoni Kępiński [13].

Wczesne rozpoznanie schizofrenii, także już w fazie prepsychotycznej, bywa możliwe przy pomocy, opracowanego w Klinice lubelskiej, narzędzia diagnostycznego nazwanego mapą dyssolucyjną [7,14]. Analiza struktury i dynamiki formujących się na etapie dysolucji wewnątrzpiętrowej symptomokompleksów, pozwala na wykazanie ich odrębności w porównaniu z innymi psy-

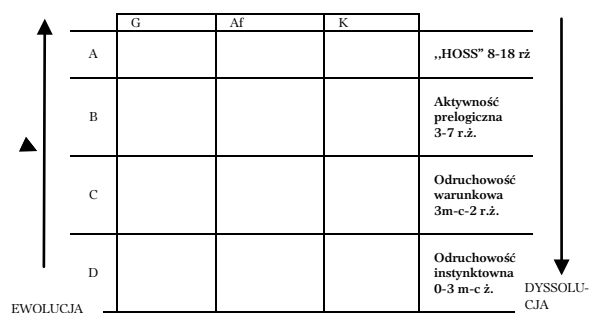
chozami. Pozawala także na określenie tzw kierunku dysolucji, tj. cech rozwijającej się psychozy co ma olbrzymie znaczenie dla rokowania i opracowania programów terapeutycznych-resocjalizacyjnych [15].

Wykazanie wczesnych zmian charakterologicznych typu ubytkowego czy ubytkowo-wyzwoleniowego pozwala – nawiązując do cytowanych słów E. Brzezickiego – na pewne „bez wyrzutów sumienia” rozpoznanie schizofrenii. Aby postawić takowe rozpoznanie schizofrenii warto zadać sobie trud rzetelnego przeanalizowania obrazu klinicznego. Musimy pamiętać o dwóch kategoriach objawów. Pierwszą będą stanowiąc objawy wytwórcze, które są czynnościami psychicznymi „uwolnionymi” spod uszkodzonej przez dyssolucyjny proces chorobowy - kontroli sterującej wyższego ewolucyjnie piętra. Te „uwolnione” objawy to prawidłowe – typowe dla określonego okresu rozwojowego – czynności psychiczne.

Tutaj należy jednak przytoczyć słowa J. Mazurkiewicza: - „niższy poziom otrzymywany przez dyssolucję nie jest identyczny z tym samym poziomem otrzymywanym na drodze ewolucji”. Twórca teorii psychofizjologicznej wielokrotnie podkreśla w swym dziele, że „dyssolucja tworzy tylko dyspozycję” do przekształcania się „odsłoniętej” prawidłowej ewolucyjnie czynności w objaw psychopatologiczny. Jednym z wymienionych – bardzo nielicznych zresztą - przykładów są halucynacje wzrokowe, które są wynikiem dyssolucyjnego cofnięcia się do okresu prelogicznego (3-7 rok życia), charakteryzującego się przeżyciami ejdetycznymi [2]. W wyniku leczenia psychiatrycznego objawy wytwórcze znikają lub znacznie słabną. Problemem są natomiast objawy nazywane przez E. Bleulera osiowymi, przejawiające się tzw. symptomatologią ubytkową lub negatywną. Te objawy o ciągle nieznanym etiologii, prowadzą do „dynamicznej atrofii” kaleczącej uczuciowość wyższą człowieka, prowadząc do zubożenia struktury osobowości. Pierwszymi ich wykładnikami są opisane przez M. Kaczyńskiego wczesne zmiany charakterologiczne. Wspomniane wyżej narzędzie diagnostyczne, nazwane „mapą dyssolucyjną” pozwala na uporządkowaną analizę obrazu klinicznego, nie tylko w odniesieniu do różnych stadiów rozwoju symptomatologii wytwórczej [1,7,10,14,15] ale – jak się wydaje – może być pomocne we wczesnym ujawnianiu, rozwijających się w schizofrenii deficytów charakterologicznych.

Mapa dyssolucyjna powstała z połączenia nakreślonych przez J. Mazurkiewicza czterech pięter ewolucji życia psychicznego (ontogeneza jako błyskawiczne, skrócone powtórzenie filogenezy) z trzema szlakami rozwojowymi czynności ruchowo-psychicznych tj. epikrytycznym (rozwój funkcji gnostycznych), wegetatywno-uczuciowym (rozwój życia afektywnego) i czucia głębokiego (rozwój funkcji kinestetycznych). Rycina 1 przedstawia 12-półowy diagram mapy dyssolucyjnej.

Ryc. 1 Mapa dyssolucyjna



A, B, C, D - piętra ewolucyjne, G – człon gnostyczny, Af – człon afektywny, K – człon kinestetyczny

W ujawnianiu wczesnych deficytów charakterologicznych konieczna jest – jak się wydaje – współpraca psychiatry z psychologiem. Odpowiednie pola diagramu należy wypełniać czynnościami psychicznymi, charakterystycznymi dla poszczególnych okresów rozwojowych (wg norm psychologii rozwojowej). Ujawnione w badaniu pacjenta dysfunkcje w zakresie głównie życia uczuciowego (Af), umieszczamy w odpowiednim polu diagramu, oceniając jednocześnie związek tej cechy z członami bocznymi tj gnostycznym (G) i kinestetycznym (K). Kolejne badania pozwalają na śledzenie dynamiki określonego w ten sposób symptomokompleksu. W procesie schizofrenicznym – jak wskazują dotychczasowe doświadczenia – ubytek dyssolucyjny dotyczy przede wszystkim członu środkowego (Af), zubożającego życie uczuciowe. O ile w trakcie leczenia, proces dyssolucyjny dotyczący członów bocznych G i K jakby słabnie i stopniowo wraca aktywność z wyższych ewolucyjnie poziomów o tyle np. uczucia rodzinne, moralne czy estetyczne nie odzyskują wcześniejszej spontaniczności, delikatności czy jak określał to cytowany wcześniej A. Kępiński - „kolorytu”. Ujawnia się więc istota procesu schizofrenicznego. Mimo farmakoterapii ubytki charakterologiczne nie ustępują. Wydaje się, że we wczesnych stadiach choroby, o czym donoszono w piśmiennictwie przy okazji leczenia tzw. prodromów [16], należy położyć nacisk na terapię kognitywno-behawioralną. Można sądzić, że psychologiczna stymulacja – w odniesieniu do mapy dyssolucyjnej – członów gnostycznego i kinestetycznego przyniesie pozytywne efekty nie tylko hamujące dyssolucję ale także sprzyjające – poprzez człon głównie intelektualny – odbudowie złożonych zespołów uczuciowo-poznawczych określanych przez J. Mazurkiewicza „abstrakcyjnymi procesami sprzężonej, intencjonalnej, przyczynowo-logicznej aktywności narządu czołowego”[2].

#### Piśmiennictwo

1. Perzyński J. Zaburzenia schizofreniczne a choroba dyssolucyjna. *Current Problems of Psychiatry*. 2000,11(13), 179-182.

2. Mazurkiewicz J. Wstęp do psychofizjologii normalnej. T.II. Dyssolucja aktywności korowo-psychicznej. PZWL, Warszawa, 1998.
3. Kaczyński M. Symptomatologia wczesnej schizofrenii. Neurol. Neurochir. Psychiatr. Pol. 1957, VII, 4, 505-511.
4. Kaczyński M. Zmiany psychiczne w przebiegu leczzonej wczesnej schizofrenii. Przegląd lekarski, 1958, XIII, 31, 1-11.
5. Kaczyński M. O zmianach charakterologicznych we wczesnej schizofrenii. Neurol. Neurochir. Psychiatr. Pol., 1962, XII, 4, 545-549.
6. Minkowski E. Z zagadnień schizofrenii. Neurol Neurochir. Psychiatr. Pol., 1957, VII, 4, 495-503.
7. Perzyński J. Mapa dyssolucyjna: dysolucja wewnątrzpiętrowa prepsychotyczna. Zespoły rzekomo nerwicowe wczesnej schizofrenii. Badania nad schizofrenią, 2009, X, 10, 17-22.
8. Brzezicki E. Katamneza i prognoza w ostrych psychozach młodzieńczych. Psychiatr. Pol., 1971, 7, V, 379-386.
9. Perzyński A. Zmiany charakterologiczne po pierwszym epizodzie schizofrenii paranoidalnej. Praca doktorska. Uniwersytet Medyczny, Lublin, 2011.
10. Perzyński J. Próba interpretacji wybranych cech obrazu klinicznego schizofrenii jako choroby piętrowo-dyssolucyjnej. Badania nad schizofrenią, 2006, VII, 7, 26-31.
11. Brzezicki E. Kilka uwag o nowym syndromie: Schizofrenia paradoksalna społecznie korzystna. Przegląd lekarski, 1961, XII, 8, 290-291.
12. Perzyński J. Z badań nad zmianami charakterologicznymi wg opisu M. Kaczyńskiego w przebiegu schizofrenii paranoidalnej. Pamiętnik III Lubelskich Spotkań Naukowych, Lublin, 13-15.05.1993, Lublin, 1993, 62-66.
13. Kępiński A. Schizofrenia. Warszawa; PZWL: 1972.
14. Perzyński J. Mapa dyssolucyjna. Badania nad schizofrenią, 2008, IX, 9, 13-20.
15. Perzyński J. Typy i kierunki dysolucji. Badania nad schizofrenią, 2007, VIII, 8, 13-20.
16. Drake R.J., Levis S.W. Wczesne rozpoznawanie schizofrenii. Current opinion in psychiatry, Wyd. Polskie Red. Prof. M. Jarrema 2005, Tom 3, 13-17.

**Correspondence address**

Aneta Perzyńska-Starkiewicz  
Katedra i Klinika Psychiatrii UM w Lublinie  
Lublin, ul. Głuska 1, 20-439 Lublin  
tel. 81 744 09 67