

Częstość rozpoznań schizofrenii katatonicznej w szpitalach w Lublińcu (1894–1932, 1934–1936, 1970–1999) i Bolesławcu (1958–1999)

The frequency of diagnosis of catatonic schizophrenia in hospitals in Lubliniec (1894–1932, 1934–1936, 1970–1999) and Bolesławiec (1958–1999)

Agnieszka Wlazło, Jacek Kleszczyński, Aleksander Błaszczyk,
Paweł Tyfel, Anna Jakubczyc, Janusz Morasiewicz

Ze Studenckiego Koła Naukowego przy Katedrze i Klinice Psychiatrii AM we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. A. Kiejna

Summary

Aim: The analysis of the data from the psychiatric hospitals in Lubliniec (1894–1932, 1934–1936, 1970–1999) and Bolesławiec (1958–1999) proved a decrease in frequency of diagnosis of catatonic schizophrenia, what could testify to a decrease in morbidity with this form of schizophrenia.

Method and results: Basing on the facts from scientific literature there was ascertained that the decrease in frequency of diagnosis of catatonic schizophrenia is connected with following causes: firstly, with the changes in nosology, secondly, with the introduction of a new form of therapy and finally, with the fact that here psychological and sociological factors exist which eliminate catatonia as the most expressive form of schizophrenia.

Słowa klucze: schizofrenia, schizofrenia katatoniczna, katatonia

Key words: schizophrenia, catatonic schizophrenia, catatonia

Wstęp

Zdaniem wielu psychiatrów, na podstawie obserwacji klinicznej i badań dokumentacji szpitalnej, można stwierdzić, że w ciągu kilkudziesięciu ostatnich lat znacznie zmalała liczba pierwszych przyjęć pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii katatonicznej do szpitali psychiatrycznych [1–4]. Według niektórych autorów w przypadku schizofrenii pierwsze przyjęcia do szpitali psychiatrycznych stanowią dość wierny odpowiednik zachorowalności na tę chorobę [1].

Celem niniejszej pracy jest weryfikacja tych doniesień poprzez określenie wielkości spadku liczby pierwszych przyjęć pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii katatonicznej i pośrednio zachorowań na schizofrenię katatoniczną na podstawie danych archiwalnych z dwóch szpitali psychiatrycznych – w Lublińcu i w Bolesławcu.

Material i metody

Materiał stanowią księgi przyjęć i kartoteki szpitali w Lublińcu (1894–1932, 1934–1936, 1970–1999) i Bolesławcu (1958–1999) oraz historie chorób z tych samych lat. Na podstawie tych dokumentów wyszukano pacjentów z rozpoznaniem końcowym schizofrenii katatonicznej i wykluczono przypadki przyjęć ponownych. Uwzględniono tylko pierwsze przyjęcia pacjentów z rozpoznaniem „katatonii”, „schizofrenia (kat.)” lub „Einfache Seelenstörungen (katatonii)” – z akt niemieckich w Lublińcu (1894–1932, 1934–1936). Na podstawie epikryz ustalono, że słowo „katatonii” było używane w rozpoznaniu jako synonim schizofrenii katatonicznej.

W Lublińcu stwierdzono brak 363 historii chorób z lat 1894–1936 i nie było możliwe ustalenie, z którego roku pochodziła zaginiona dokumentacja. Epikryzy z 1933, 1937 i 1938 roku zostały pominięte ze względu na brak danych dotyczących liczby wszystkich pacjentów hospitalizowanych w tym okresie. Z uwagi na wpływ czynników pozamedycznych (eksterminacja, eksperymenty) oraz ze względu na hospitalizację jeńców wojennych w stanach wyniszczenia w latach 1939–1945 pominięto kartoteki z okresu drugiej wojny światowej [5]. Z okresu powojennego jedynie dane z lat 1970–1999 dla szpitala w Lublińcu i z lat 1958–1999 dla szpitala w Bolesławcu były zebrane w archiwach w sposób umożliwiający ich opracowanie według przyjętej przez autorów metody.

Dla przejrzystości wyników dane zebrano w sześciolatnie przedziały klasowe, obliczając liczbę i długość okresów z uwzględnieniem pierwszego i ostatniego roku branego pod uwagę. Do analizy statystycznej użyto testu χ^2 .

Wyniki

Dane ze szpitala w Lublińcu (tab. 1) wskazują na wzrost bezwzględnej liczby pierwszych przyjęć pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii katatonicznej z 1 (1894–1899) do 50 (1924–1929) i spadek w następnych latach do 5 pacjentów przyjętych po raz pierwszy z rozpoznaniem schizofrenii katatonicznej (1994–1999).

Analizując materiał ze szpitala w Lublińcu stwierdzono pomiędzy wszystkimi przedziałami klasowymi istotny statystycznie wzrost częstości rozpoznań schizofrenii katatonicznej w latach 1894–1929 (tab. 1); przy czym najbardziej znaczącą różnicę wykazano pomiędzy latami 1918–1923 a 1924–1929 ($\chi^2=250,130$ dla $p>0,001$). W latach 1930–1932 i 1934–1936 odnotowano spadek pierwszych przyjęć pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii katatonicznej w stosunku do lat 1924–1929. Różnica częstości rozpoznań między tymi przedziałami klasowymi wykazuje wysoką istotność statystyczną ($\chi^2=171,49$ dla $p>0,001$).

Tabela 1

Dane ze szpitala w Lublińcu (1894–1932, 1934–1936, 1970–1999)

Lata	Liczba hospitalizowanych	Liczba osób z rozpoznaniem schizofrenii katatonicznej	% osób z rozpoznaniem schizofrenii katatonicznej
1894–1900	442	1	0,23
1900–1905	402	4	0,21
1906–1911	1722	17	1,0
1912–1917	1043	27	2,6
1918–1923	1327	34	2,6
1924–1929	1325	50	3,8
1930–1936	1472	30	2,1
1970–1975	23042	39	0,17
1976–1981	24234	32	0,13
1982–1987	27059	39	0,14
1988–1993	25705	10	0,04
1994–1999	20100	5	0,02

Tabela 2

Dane ze szpitala w Bolesławcu (1958–1999)

Lata	Liczba hospitalizowanych	Liczba osób z rozpoznaniem schizofrenii katatonicznej	% osób z rozpoznaniem schizofrenii katatonicznej
1958–1963	9926	16	0,16
1964–1969	21816	45	0,21
1970–1975	20712	27	0,13
1976–1981	17090	22	0,13
1982–1987	14677	15	0,10
1988–1993	15432	11	0,07
1994–1999	13878	1	0,005

Stwierdzono spadek częstości rozpoznania schizofrenii katatonicznej w latach 1970–1999 w szpitalu w Lublińcu (tab. 1) oraz w latach 1970–1999 w szpitalu w Bolesławcu (tab. 2). Wszystkie różnice dotyczące tego spadku pomiędzy kolejnymi przedziałami klasowymi są istotne statystycznie. Dla szpitala w Lublińcu różnice te stają się wysoce znamienne pomiędzy latami 1988–1993 a 1994–1999 ($\chi^2=233,06$ dla $p>0,001$). Dla szpitala w Bolesławcu najbardziej znamienna istotność różnic została wykazana między latami 1964–1969 a 1970–1975 ($\chi^2=130,08$ dla $p>0,001$) oraz między latami 1988–1993 a 1994–1999 ($\chi^2=62,48$ dla $p>0,001$).

Wykazano także wysoce znamiennej statystycznie istotność różnic, dotyczącą częstości rozpoznań schizofrenii katatonicznej, między latami 1894–1923 a 1970–1999 (tab. 1) ($\chi^2=634,85$ dla $p>0,001$) dla szpitala w Lublińcu.

Omówienie wyników

Być może przyczyną zaobserwowanego przez nas wzrostu częstości rozpoznań schizofrenii katatonicznej wśród pacjentów szpitala w Lublińcu w latach 1894–1929 (tab. 1) było wyodrębnienie tej jednostki chorobowej. Co prawda po raz pierwszy określenie „katatonii” zostało użyte już w 1874 roku przez Kahlbauma [6], jednakże Kraft-Ebing nie wspomina o nim w swym podręczniku psychiatrii z 1883 r. [7]. Mimo iż w latach osiemdziesiątych XIX wieku pojawiły się opinie, że katatonii stanowi odrębną jednostkę chorobową [6], przez długi okres uważano ją za kompleks objawów charakterystycznych dla „Melancholia cum stupore s. attonita” [7, 8, 9]. Natomiast diagnostyka różnicowa katatonii, uznanej już za formę otępienia przedwczesnego (Kreapelin) [10], przez wiele lat sprawiała trudności, zwłaszcza w przypadkach niejasnego obrazu choroby, chociaż uznawano za możliwe różnicowanie podniecenia maniakalnego z podnieceniem o charakterze katatonicznym i stanów osłupienia w depresji z analogicznymi stanami w schizofrenii katatonicznej [11].

Zaobserwowany przez nas spadek częstości rozpoznań schizofrenii katatonicznej w latach 1970–1999 (tab.1, 2) może być spowodowany różnymi czynnikami. Współczesna klasyfikacja pozwala na bardzo dokładne różnicowanie schizofrenii katatonicznej z objawami katatonicznymi występującymi w przebiegu innych chorób: ICD-10 wyróżnia organiczne zaburzenia katatoniczne (F 06.1) oraz schizofrenię katatoniczną (F 20.2), manię z objawami psychotycznymi, obejmującą osłupienie maniakalne (F 30.2). Osłupienie może być rozpoznawane w ciężkim epizodzie depresji z objawami psychotycznymi (F 32.3), w zaburzeniach afektywnych dwubiegunowych – obecnie epizod maniakalny z objawami psychotycznymi (F 31.2), oraz w zaburzeniach afektywnych dwubiegunowych – obecnie epizod ciężkiej depresji z objawami psychotycznymi (F 31.5), w zaburzeniach depresyjnych nawracających – obecnie epizod depresyjny ciężki z objawami psychotycznymi (F 33.3) [12]. DSM–IV, obok zaburzeń katatonicznych o podłożu organicznym (293.89) i schizofrenii katatonicznej (295.20), wyodrębnia rysy katatoniczne w przebiegu depresji (296.34) [13]. Być może tak dokładna klasyfikacja pozwala na trafniejsze przyporządkowanie objawów ściśle określonym zaburzeniom i tym samym mniej jest rozpoznań schizofrenii katatonicznej. Analiza niektórych danych z piśmiennictwa wskazuje, że objawy katatoniczne nierzadko pojawiają się u pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń afektywnych [3, 14]. Sugeruje to, iż współcześni psychiatrzy objawy katatoniczne częściej postrzegaliby jako składnik zaburzeń afektywnych niż schizofrenii; zwłaszcza w przypadku łagodnej ich postaci [3, 10, 15]. W celu systematyzacji objawów katatonicznych oraz obiektywizacji ocen ich nasilenia współcześnie próbuje się stosować w tym celu skalę ocen BFCRS i katalog diagnostyczny BFCSI, które są bardzo czułymi narzędziami pozwalającymi na wykrycie i ocenę stopnia nasilenia zaburzeń katatonicznych [3].

Być może w związku z wątpliwą lub żadną skutecznością terapeutyczną metod leczenia zaburzeń psychicznych (np. zimnicą lub snem) stosowanych do lat trzydziestych XX wieku w obrazie chorób psychicznych – częściej niż w latach

późniejszych – pojawiały się objawy katatoniczne. Z kolei, jak się wydaje, nowe metody lecznicze wprowadzone w latach trzydziestych (np. wstrząsy kardiazolowe lub insulinowe), nie zmieniły wyrażnie ich obrazu, jednakże w części przypadków spowodowały zmniejszenie lub ustąpienie objawów choroby. Neuroleptyki natomiast, być może, obok efektu leczniczego modyfikują również obraz zaburzeń i powodują, że u chorych nie pojawia się zespół objawów pozwalających na zakwalifikowanie danego zaburzenia jako schizofrenii katatonicznej. Jednakże z drugiej strony jednym z skutków ubocznych terapii neuroleptykami jest wystąpienie złośliwego zespołu neuroleptycznego (ZZN) – klinicznie bardzo podobnego, a często niemożliwego do odróżnienia od ostrej śmiertelnej katatonii [16]. Sama katatonia może też wystąpić w okresie podawania neuroleptyków pacjentom chorym na schizofrenię [16, 17, 18] i wtedy nasuwa się pytanie, czy jest to skutek zmian organicznych spowodowanych tymi lekami, czy jest to powikłanie czynnościowe leczenia, czy też katatonia wystąpiła z powodu nieskuteczności terapii lub może jest wynikiem zmiany obrazu choroby. Z tych powodów istnieją trudności w różnicowaniu katatonii z niektórymi postaciami powikłań neuroleptycznych [19, 20]; być może niektóre przypadki ostrej śmiertelnej katatonii rozpoznawane są jako ZZN.

Analiza przypadków schizofrenii katatonicznej wskazuje, iż osłupieniu towarzyszy uczucie ekstremalnego strachu [7, 9, 21]. Być może dawniej po przyjęciu do szpitala czynniki lękotwórcze były tak duże, że u niektórych pacjentów lęk osiągał takie nasilenie, iż chory „uciekał” w stupor, stąd w przypadkach o niejasnym obrazie choroby rozpoznawano katatonię. Strach potęgowały: lękotwórcze formy leczenia (np. wstrząsy kardiazolowe), formy przymusu (np. kaftany bezpieczeństwa, kneble), współpacjenci oraz ogólny wygląd szpitala [21, 22–24]. Ponadto u niektórych pracowników szpitala lęk być może był większy niż obecnie ze względu na mniejsze możliwości tłumienia zachowań agresywnych pacjentów. Prawdopodobnie oddziaływało to dodatkowo na wzmożone napięcie lękowe u pacjentów [25]. Współcześnie warunki w szpitalach są o wiele lepsze, wybór form terapii odbywa się za zgodą pacjenta, a personel dysponuje o wiele większą wiedzą, ma szerszy arsenał środków medycznych, co zmniejsza jego obawy przed chorymi [21]. Być może w wyniku tych zmian przeżywanie lękowe pobytu w szpitalu uległo zmniejszeniu, a to z kolei mogło doprowadzić do tego, że u chorych na schizofrenię nie dochodzi do wystąpienia objawów katatonicznych.

Poza tym forma ekspresji psychotycznej zmienia się prawdopodobnie także zależnie od tego, na jaki rodzaj ekspresji społeczeństwo jest w danym okresie uwrażliwione [25]. Być może w dzisiejszych czasach nie jest potrzebna tak dramatyczna manifestacja zaburzeń psychicznych, jak ma to miejsce w przypadku katatonii, by osoba została uznana za chorą psychicznie.

Wnioski

Zebrane dane archiwalne oraz analiza piśmiennictwa wskazują na:

1. Wzrost rozpoznania schizofrenii katatonicznej w latach 1894–1929 w szpitalu w Lublińcu, spowodowany prawdopodobnie wprowadzeniem tej jednostki chorobowej do nozologii i stopniowym upowszechnianiem się tego rozpoznania.
2. Spadek częstości rozpoznania schizofrenii katatonicznej w latach 1930–32 i 1934–36 oraz 1970–1999 w porównaniu z ich wzrostem w latach 1894–1929, w szpitalu

- 1938–1992. Post. Psychiatr. Neurol. 1993; 2: 475–480.
5. Krupka-Matuszczyk I, Bloch W. *Lubliniec, Śląski zakład psychiatryczny*. W: Jaroszewski Z, red. *Zagłada chorych psychicznie w Polsce 1939–1945*. Warszawa: PWN; 1993, s.170–175.
 6. Behr A. *Die Frage der Katatonie oder des Irreseins mit Spannung*. Ryga; 1891
 7. Kraft Ebing R. *Lehrbuch der Psychitrii auf klinischer Grundlage für praktische Ärzte und Studierende*. Stuttgart; 1883.
 8. Erlicki A. *Wykłady kliniczne o chorobach umysłowych*. Warszawa; 1897.
 9. Płaskowski R. *Psychiatria*. Warszawa; 1868.
 10. Kaplan H, Sadok K. *Rozpoznanie i klasyfikacja zaburzeń psychicznych*. W: Kaplan H, Sadok K, red. *Psychiatria kliniczna*. Warszawa: Urban&Partner; 1995, s. 1–7.
 11. Wiesel A. *O rozpoznaniu różniczkowym pomiędzy otepieniem wczesnym a psychozą maniakalno-depresyjną*. Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów w Warszawie; 1909.
 12. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”; 1998.
 13. *DSM–IV, Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Waszyngton: American Psychiatric Assotiation; 1995.
 14. Rosebush PI, Hildebrand AM, Furlong BG, Mazurek MF. *Catatonic syndrome in a general psychiatric inpatient population: frequency, clinical presentation, and response to Lorazepam*. J. Clin. Psychiatry 1990; 51: 357–362.
 15. Białek J, Jarema M. *Leczenie zespołu katatonicznego fluoksetyną. Opis przypadku*. Psychiatr. Pol. 1999; 32: 83–89.
 16. Ruzikowska A. *Lorazepam w katatonii*. Post. Psychiatr. Neurol. 1996; 30: 195–201.
 17. Ruzikowska A. *Zespół katatoniczny i złośliwy zespół neuroleptyczny*. Psychiatr. Pol. 1999; 33: 415–425.
 18. Lausberg H, Hellweg R. *Katatonies Dilemma. Therapie mit Lorazepam und Clozapin*. Nerven. 1998; 69: 818–822.
 19. Terlikowska M, Marzański M. *Różnicowanie między ostrą śmiertelną katatonią i złośliwym zespołem neuroleptycznym. Opis przypadku*. Psychiatr. Pol. 1995; 39: 343–347.
 20. Murak E. *Złośliwy zespół neuroleptyczny*. Psychiatr. Pol. 1995; 39:349–358.
 21. Kępiński A. *Schizofrenia*. Warszawa : PZWL; 1972.
 22. Bornsztajn M. *Zarys psychiatrii klinicznej dla lekarzy i uczących się*. 1922.
 23. Bornsztajn M. *Wstęp do psychiatrii klinicznej*. Łódź; 1947/48.
 24. Frostig J. *Psychiatria*. Lwów; 1933.
 25. Kępiński A. *Poznanie chorego*. Warszawa: PZWL; 1989.

Otrzymano: 8.01.2002

Zrecenzowano: 21.07.2002

Przyjęto do druku: 6.02.2003

Adres: Agnieszka Wlazło
50-315 Wrocław, ul. Nowowiejska 66/13

