

List do redakcji

O tzw. redukcji psychiatrycznej

Wiele arbitralności ostatnio dotyczy rozpoznawania nieprawidłowej osobowości vs depresji, zaburzeń schizotypowych, osobowości borderline vs schizofrenii. Co gorsze, te rozpoznania stały się orężem we wzajemnych starciach psychiatrów – który jest „lepszy” i w końcu na czyje wyjdzie. Diagnostyci mający więcej cierpliwości, więcej wiary we własne systematyczne dociekania, zwłaszcza ci psychiatrzy, którzy odwołują się do swoich wielkich nauczycieli, zwracają się do tradycyjnych szkół myśli psychiatrycznej, głównie psychiatrii niemieckiej, natomiast diagnostyci młodszy bazują na charakterystycznej dla naszych czasów wierze we własne siły i odwołują się do wiedzy bardziej intuicyjnej – co też jest pewnym rodzajem poznania, poniekąd opartym na przeciwprzeniesieniu.

Wspomniani wyżej diagnostyci wywodzący się ze szkoły psychiatrii niemieckiej i diagnostyci opierający się na własnym doświadczeniu, zwłaszcza na relacji z chorym, w chwili wydawania sądów stosują się do własnych przeżyć i doświadczeń, niżli stricte do zasad klasyfikacji zaburzeń psychicznych, a jak już to czynią, to raczej po diagnozie niż przed nią. Można oczywiście przyjąć, że większość zasad rozpoznawania zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ma się we własnej pamięci bazującej także na wcześniejszych doświadczeniach w badaniu chorych.

Chciałbym poniżej zwrócić uwagę na przydatność w stawianiu diagnozy zastosowania oceny socjologicznej pacjenta. Po pierwsze istotne jest, dlaczego chory znalazł się w szpitalu? Po drugie, dlaczego już tak długo w nim przebywa i to bez widocznego przełomu w leczeniu i dlaczego niechętnie chce zostać wypisany z oddziału? Sięgając w pewne treści socjologii psychiatrii, a warunkowo pomijając tzw. psychologiczną korzyść z chorowania (psychiatria systemowa), chciałbym wskazać na te fakty, jako na pewne wskaźniki np. istnienia depresji a nie np. zaburzeń osobowości czy tzw. zaburzeń nerwicowych. Będąc dłużej w szpitalu chory zwiększa swoją stygmatyzację, ryzykuje, że stanie się tzw. trudnym pacjentem, co jeszcze bardziej może wzbudzać niechęć do niego ze strony otoczenia i personelu i dodając do tego jeszcze straty wynikające z oddalania się od możliwości podjęcia pracy czy powrotu do rodziny i do pełnienia w niej dotychczasowych ról. Przy podejściu do zaburzeń z kręgu schizofrenii vs nieprawidłowej osobowości też przyjęło się, chyba zbyt częste, rozpoznawanie osobowości typu borderline. Gdy u pacjenta z depresją rozpoznamy nieprawidłową osobowość, może się poczuć pokrzywdzony i niezrozumiany, odwrotnie, osoba chora na schizofrenię, którą dajmy na to niesłusznie pozbawimy tej diagnozy, będzie zadowolona. Redukujemy więc wstępnie ocenę psychiatryczną do sytuacji chorego w procesie leczenia i pobytu w szpitalu. Podążanie tutaj za pacjentem ma charakter

terapeutyczny, rozumiejący. Diagnoza podąża tutaj razem z pacjentem, a nie przed nim. Także należy przyjąć taką postawę, że diagnoza w czasie może ulegać przechodzeniu z jednych kategorii diagnoz w drugie. Znamy poszczególne przypadki chorych, którzy w jednym ośrodku mieli rozpoznaną nieprawidłową osobowość, a w drugim po leczeniu elektrowstrząsami pacjent osiągnął wieloletnią remisję czy zmianę rozpoznania ze schizofrenii na nieprawidłową osobowość, co spowodowało ciężką depresję u matki pacjenta. Trudno też prowadzić pewną polemikę naukowo-kliniczną w sytuacji, gdy dyskusja zaczyna przypominać walkę. Cenną więc inicjatywą są spotkania w ramach konferencji poświęconych kazuistyce czy tworzenie panelu dyskusji nad diagnozą w psychiatrii, co też zresztą zostało już rozpoczęte przed laty i jest nadal kontynuowane, zwłaszcza w Lublinie i w Katowicach-Szopienicach.

Na zakończenie chciałbym dodać, że jest to głos psychiatry/socjologa i cenna byłaby polemika ze strony psychiatry/psychoterapeuty, czy akurat nie jest odwrotnie, niż powyżej przedstawiono. Przy pisaniu listu żywo w pamięci miałem wypowiedzi profesorów R. Hesego, J. Wciórki i N. Sartoriusa bardzo wyważone i otwarte na przyjazną polemikę w czasie różnych konferencji.

Piotr Gorczyca

Katedra Psychiatrii

42-600 Tarnowskie Góry, ul. Pyskowska 49

e-mail: gormasp@o2.pl