



Ostre i przemijające zaburzenia psychiatryczne – droga do nozologicznej odrębności i precyzji rozpoznania

Acute and transient psychotic disorders – towards nosological disjunction and diagnostic precision

PAWEŁ POTOCKI, BARBARA REMBERK

Z: Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE

Cel. W dziesiątym wydaniu międzynarodowej klasyfikacji chorób (ICD-10) – uwzględniając różne tradycje diagnostyczne oraz odrębność nozologiczną i korzystne rokowanie psychoz ostrych krótkotrwałych – wprowadzono kategorię F23 ostrych i przemijających zaburzeń psychiatrycznych (ATPD). Celem pracy jest przegląd dostępnych badań dotyczących tego zagadnienia.

Poglądy. W świetle dotychczasowych badań ATPD jawią się jako zaburzenia rzadko występujące w populacji hospitalizowanych, z wyraźną dominacją u płci żeńskiej, ostrym, lub nagłym początkiem, wielopostaciową symptomatologią, brakiem charakterystycznego podłoża osobowościowego oraz sprzecznymi danymi odnośnie stabilności diagnozy w obserwacjach rocznych i bardziej spójnymi w obserwacjach dłuższych. Badania rodzinne i osobowościowe pokazują jednak, że w obrębie ATPD, pod względem podatności na stres, obciążeń rodzinnych i cech osobowości rysuje się wyraźny podział na psychozy z objawami schizofrenii i bez nich.

Wnioski. Rośnie liczba argumentów potwierdzających celowość wyodrębnienia ATPD spośród innych zaburzeń psychiatrycznych. Jednakże zagadnienie to wymaga dalszych badań.

SUMMARY

Background. In consideration of various diagnostic traditions, as well as the nosological separatedness of and good prognosis in acute short-term psychoses, in the tenth revision of the International Classification of Diseases (ICD-10) acute and transient psychotic disorders (ATPD) were introduced as category F23. The aim of the paper was to overview the available research literature concerning this issue.

Review. In the light of the research conducted so far, ATPDs appear to be infrequent in the population of in-patients, affecting females definitely more often, with an acute or sudden onset, multiform symptomatology, and no typical personality characteristics. Data reported on the ATPD diagnosis stability are rather discrepant in 1-year follow-up studies, and more consistent in those covering longer observation periods. However, as regards susceptibility to stress, familial predispositions, and personality traits, familial and personality studies suggest a clear-cut differentiation between psychotic disorders with and without symptoms of schizophrenia.

Conclusions. There is a growing body of evidence that identification of ATPD as a distinct entity among other psychotic disorders was justified. Nevertheless, the problem requires further study.

Słowa kluczowe: epizod psychiatryczny / ostre i przemijające zaburzenia psychiatryczne / rozpoznanie różnicowe / klasyfikacja

Key words: psychotic episode / acute and transient psychotic disorders / differential diagnosis / classification

ATPD W SYSTEMACH KLASYFIKACYJNYCH

Ostre, przemijające zaburzenia psychiatryczne (*acute and transient psychotic disorders* – ATPD) są nową kategorią diagnostyczną, po raz pierwszy wyodrębnioną w X rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Autorzy klasyfikacji ICD-10 opierając się na wcześniejszych koncepcjach mieli świadomość, że definiując ATPD w oparciu o kryteria fenomenologiczne, w istocie tworzą kategorię nową, wewnątrznie heterogenną i niespójną. Znalazło to odzwierciedlenie w podziale całej grupy na podkategorie diagnostyczne, a po określeniu „psychiatryczne” zdefiniowanym w ogólnym wprowadzeniu, dodano określenie opisujące najważniejszą cechę obrazu klinicznego:

– dominacja w obrazie klinicznym objawów schizofrenicznych przy spełnieniu ogólnych kryteriów diagnostycznych i czasie trwania nie przekraczającym jednego miesiąca pozwala na rozpoznanie ostrych zaburzeń psychiatrycznych z objawami schizofrenii,

- jeżeli objawy psychiatryczne mają różnorodny i zmienny obraz, zarówno pod względem typu jak i nasilenia i nie występują dostatecznie długo, by rozpoznać epizod schizofreniczny lub afektywny, należy rozpoznawać ostre, wielopostaciowe zaburzenia psychiatryczne bez objawów schizofrenii,
- stabilna, lecz nie przekraczająca długością trwania jednego miesiąca konstelacja objawów schizofrenicznych przy niespełnionych kryteriach diagnostycznych zaburzenia wielopostaciowego charakteryzuje podkategorię ostrych zaburzeń psychiatrycznych podobnych do schizofrenii,
- dominacja urojeń lub omamów w obrazie klinicznym niespełniającym kryteriów zaburzenia wielopostaciowego lub schizofrenii przy zachowaniu wymaganych w charakterystyce ogólnej kryteriów czasowych opisuje podgrupę innych, ostrych zaburzeń psychiatrycznych z przewagą urojeń,
- inne ostre i przemijające zaburzenia psychiatryczne to te, których nie można przyporządkować do żadnej kategorii

z grupy F23, jak np. stany bliżej niezróżnicowanego pobudzenia przy braku bliższych danych na temat stanu psychicznego pacjenta i nie wynikające z przyczyn organicznych oraz krótkotrwałe epizody z dominacją urojeń i omamów,

- ostatnią kategorią są ostre i przemijające zaburzenia psychiatryczne, nieokreślone, które obejmują krótkotrwałe o nieokreślonym charakterze, epizody psychiatryczne o charakterze reaktywnym [1].

Klasyfikacja DSM-IV wyodrębnia podobną kategorię ostrych i przemijających psychoz nieafektywnych i grupuje ją w podgrupy – zaburzenia podobnego do schizofrenii oraz krótkotrwałych zaburzeń psychiatrycznych:

- przypadki o czasie trwania krótszym niż 1 miesiąc zaliczane są do krótkotrwałych zaburzeń psychiatrycznych,
- przypadki trwające od 1 do 6 miesięcy i spełniające kryterium A schizofrenii zaliczają się do kategorii zaburzeń podobnych do schizofrenii,
- inne przypadki, jak np. psychozy o ostrym początku, trwające dłużej niż 1 miesiąc, lecz niespełniające kryterium A schizofrenii zaliczane są do resztkowej kategorii zaburzeń psychiatrycznych nieokreślonych.

DSM-IV nie wskazuje kryterium ostrego początku jako warunku rozpoznania krótkotrwałych zaburzeń psychiatrycznych i zaburzeń podobnych do schizofrenii, przez co do tej kategorii diagnostycznej można zaliczać zarówno przypadki ostrych i przemijających psychoz nieafektywnych, typowe przypadki schizofrenii, psychozy o nieostrym początku oraz psychozy przewlekłe na wczesnym etapie trwania [2].

WCZEŚNIEJSZE TRADYCJE DIAGNOSTYCZNE

Tradycja rozpoznawania ostrych psychoz o nagłym początku, burzliwym i wielopostaciowym obrazie, krótkim czasie trwania i pomyślnym rokowaniu, istniała wcześniej w różnych szkołach psychiatrii. Od lat zwracano uwagę na pewną odrębność obrazu i przebiegu ostrych zaburzeń psychiatrycznych o dobrym rokowaniu, odróżniając je od schizofrenii. W różnych tradycjach diagnostycznych określano je odmiennie: psychozy schizofrenopodobne, *bouffée delirante*, psychozy cykloidalne. Zwracano także uwagę na współwystępowanie objawów afektywnych i psychiatrycznych włączając do tak rozumianych psychoz atypowych także wyodrębnioną przez Kasanina psychozę schizoafektywną [3].

Wzajemne relacje pomiędzy ATPD a wcześniejszymi koncepcjami diagnostycznymi omawiano w piśmiennictwie, szczególnie w latach 90-tych ubiegłego stulecia, zwłaszcza w odniesieniu do psychoz cykloidalnych i *bouffée delirante*.

Pojęcie psychoz cykloidalnych jest związane z nazwiskiem Leonharda [4], ucznia Kleista i Wernickego, natomiast kryteria diagnostyczne zazwyczaj wykorzystywane w pracach badawczych zostały opracowane przez Perrisa i Brockingtona [4]. Psychozy cykloidalne różnią się zarówno od schizofrenii jak i od zaburzeń afektywnych i schizoafektywnych. Niekiedy nawet używa się określenia „trzecia psychoza” w odniesieniu do tej grupy zaburzeń. Charakteryzują się ostrym początkiem (najczęściej w ciągu 48 godzin), biegunowością, zmiennością i wielopostaciowością objawów ze współistnieniem objawów psychiatrycznych i afektywnych, brakiem objawów ubytkowych w okresie remisji oraz korzystnym rokowaniem nawet bez farmakoterapii.

Wyróżnia się trzy postaci psychoz cykloidalnych: psychoza szczęścia-trwogi, splątaniowa i ruchowa (poruszeniowa). W badaniach analizujących związek pomiędzy psychozami cykloidalnymi a ostrymi i przemijającymi zaburzeniami psychiatrycznymi (ATPD) Pilmann i wsp. stwierdzili ATPD w rozumieniu ICD-10 u 4,1% (42 osób) spośród 1036 pacjentów hospitalizowanych z powodu „psychoz endogennych” (włączając w to epizody afektywne i schizoafektywne) z wyraźną przewagą kobiet. Wśród nich 55% badanych pacjentów spełniało kryteria psychozy cykloidalnej według Perrisa i Brockingtona. W porównaniu z pacjentami, u których występowały ostre i przemijające zaburzenia psychiatryczne nie spełniające kryteriów psychozy cykloidalnej u tych, u których występowała psychoza cykloidalna autorzy stwierdzili korzystniejszy przebieg choroby [5].

Ci sami autorzy analizowali związek pomiędzy *bouffée delirante* a ostrymi i przemijającymi zaburzeniami psychiatrycznymi. W grupie 42 pacjentów z ATPD 12 pacjentów (28,6%) spełniało kryteria *bouffée delirante* według Pulla, przy czym niemal wszyscy – 10 z nich – miało rozpoznanie ostrych wielopostaciowych zaburzeń psychiatrycznych. Jediną istotną różnicą różnice pomiędzy grupą pacjentów z ATPD spełniających i niespełniających kryteria *bouffée delirante* – był wiek zachorowania; jednakże wiek zachorowania pomiędzy 20 z 40 rokiem życia był jednym z kryteriów rozpoznania *bouffée delirante* [6].

Pfuhlmann i wsp. w badaniach retrospektywnych analizowali grupę 39 pacjentek poporodowymi zaburzeniami psychicznymi. Wśród nich u 54% rozpoznano jedną z psychoz cykloidalnych według kryteriów Leonharda. Według kryteriów ICD-10 najczęstszymi rozpoznaniami były choroba afektywna jednobiegunowa (28%) i ostre i przemijające zaburzenia psychiatryczne (11 osób – 21%). Wszystkie pacjentki, u których rozpoznano ostre i przemijające zaburzenia psychiatryczne spełniały także kryteria jednej z psychoz cykloidalnych. Z kolei wśród 28 pacjentek u których stwierdzono psychozę cykloidalną 11 osób z rozpoznaniem według ICD-10 ostrych i przemijających zaburzeń psychiatrycznych stanowiło 39% [7].

W badaniu van der Heidena, wśród 100 pacjentów hospitalizowanych z powodu ostrej psychozy według kryteriów DSM-IV rozpoznano psychozę cykloidalną u 13% (21 osób). Rozpoznanie ostrych i przemijających zaburzeń psychiatrycznych można było postawić u 19 osób, a 9 z nich spełniało równocześnie kryteria psychozy cykloidalnej według Perrisa, pozostali nie spełnili tych kryteriów – 7 osób z powodu podostrego początku (powyżej 48 godzin) a 3 osoby nie spełniły wszystkich kryteriów diagnostycznych. Także obserwowano pewne nakładanie się kryteriów psychozy cykloidalnej i *brief psychotic disorder* według DSM-IV (8 osób) [8].

Susser i wsp. analizowali w grupie 46 pacjentów przebieg przemijających nieafektywnych psychoz o ostrym początku. Pod względem długości trwania epizodu stwierdzili rozkład bimodalny: do 28 tygodni i powyżej 52 tygodni. Objawy afektywne nie były w sposób istotny zaznaczone. Uzyskane wyniki pozwoliły autorom zasugerować, że istotnie potrzebna jest wyodrębniona w ICD-10 kategoria ostrych i przemijających zaburzeń psychiatrycznych, mieli natomiast wątpliwości czy czas trwania zaburzeń nie został w ICD-10 określony zbyt restrykcyjnie [9].

Ci sami autorzy w badaniach prospektywnych analizowali przebieg i rokowanie ostrych krótkotrwałych psychoz

w przeciwieństwie do krótkotrwałych psychoz które nie miały ostrego początku. Jako krótkotrwałe traktowano psychozy o czasie trwania do 6 miesięcy, ostry początek natomiast rozumiano zgodnie z ICD-10. Wyniki badań sugerowały odrębność ostrych krótkotrwałych psychoz [10].

Ciekawych wniosków dostarczyło porównanie 12-letniego przebiegu ostrych przemijających nieafektywnych zaburzeń psychiatrycznych w zestawieniu z innymi przemijającymi nieafektywnymi zaburzeniami psychiatrycznymi. Za ostre przemijające zaburzenia psychiatryczne autorzy uznali epizody o początku do 1 tygodnia, czasie trwania nie dłuższym niż 6 miesięcy, przebiegające bez nawrotu w okresie 2 lat. Z kohorty ponad 1000 pacjentów wyodrębniono 20 którzy spełniali powyższe kryteria, natomiast ponowna ocena stanu psychicznego była możliwa u 17. Grupę tę porównywano z grupą 43 pacjentów u których także było spełnione kryterium remisji po 2 latach. Po 12 latach utrzymujące się objawy, także negatywne, występowały u 1 pacjenta z grupy badanej oraz do 50% (zależnie od ocenianego kryterium i dostępności danych) pacjentów z innymi przemijającymi psychozami. Próba określenia rozpoznania według ICD-10 w oparciu o tę samą grupę chorych pokazała, że spośród 17 pacjentów z ostrymi i przemijającymi psychozami u 11 rozpoznano schizofrenię, u 5 ostre i przemijające zaburzenia psychiatryczne oraz u jednej inną psychozę nieorganiczną. Natomiast w grupie pacjentów z innymi psychozami przemijającymi, po 12 latach postawiono rozpoznanie schizofrenii u 23 z 36 pacjentów, ostrych i przemijających zaburzeń psychiatrycznych u 5 z 36, choroby afektywnej dwubiegunowej u 3 z 36. We wnioskach autorzy zwracają uwagę na odrębny przebieg ostrych krótkotrwałych przemijających psychoz, podkreślając równocześnie, że według kryteriów ICD-10 nie udało się tej tych pacjentów zakwalifikować do jednej grupy diagnostycznej [11].

BADANIA NAD ATPD

Wyodrębnienie nowej kategorii diagnostycznej stało się impulsem do podjęcia systematycznych badań nad ATPD jako odrębną jednostką. W ciągu ostatnich kilkunastu lat pojawiły się liczne badania katamnetyczne, rodzinne, poszukujące korelatów biologicznych i osobowościowych oraz cech różnicujących ze schizofrenią i grupą chorób afektywnych.

Stres a ATPD

Zgodnie z podaną w ICD-10 ogólną definicją zaburzenia, ostry stres uznawany za jeden z czynników etiologicznych, jest istotnym kryterium rozpoznania, przynajmniej dla części przypadków. ICD-10 doceniając jego znaczenie umożliwia objęcie obecności towarzyszącego stresu dodatkowym kodem. Stres musi jednak uwzględniać specyfikę kulturową i mieć w jej obrębie charakter uniwersalny. Przy takim założeniu częstość poprzedzających epizod psychiatrycznych wydarzeń stresowych waha się w różnych badaniach na poziomie 9–15% przypadków [12, 13]. Sama podatność na stres nie jest w obrębie ATPD jednorodnie rozłożona. W badaniach Sajitha i wsp. u osób obciążonych chorobami psychicznymi i uzależnieniami obserwowano istotnie mniej wydarzeń stresujących poprzedzających o rok oraz 2 tygodnie pojawienie się objawów psychiatrycznych. Badani nieobciążeni rodzinie wykazywali istotnie więcej wydarzeń o tym charakterze

w okresie poprzedzającym wybuch psychozy [13, 14]. Wyniki badania mogą wskazywać na heterogenność ATPD pod względem podatności na stres – osoby bardziej podatne, gorzej radzące sobie ze stresem wykazujące obciążenia rodzinne chorobami psychicznymi mogą zareagować epizodem psychiatrycznym na wydarzenia o znacznie mniejszym nasileniu w porównaniu z pacjentami bez obciążeń rodzinnych.

Cechy osobowości przedchorobowej pacjentów z ATPD

Jorgensen i wsp. [15], opierając się na grupie 52 pacjentów zdiagnozowanych w oparciu o kryteria ICD-10 jako ATPD, analizowali podłoże osobowościowe oraz roczny przebieg tego zaburzenia. Zgodnie z ogólnym założeniem wewnętrznej heterogenności ATPD nie wyodrębnili żadnych specyficznych zaburzeń osobowości. Ciekawych wniosków dostarczyły jednak analizy cech osobowości badanych, które wskazują, pomimo ograniczeń metodologicznych (mała grupa badanych i brak znamienności statystycznej) na wyraźny podział pomiędzy badanymi z objawami schizofrenii i bez nich. Ci pierwsi częściej ujawniali takie cechy osobowości jak dziwaczność i ekscentryzm, które można by, kierując się nazewnictwem ICD-10, nazwać cechami schizotypowymi. U badanych bez objawów schizofrenii w obrazie klinicznym dominowały lękliwość i skłonność do przeżywania uporczywego niepokoju.

Badania rodzinne

W badaniach rodzinnych Dasa i wsp. [16] na grupie 50 pacjentów z rozpoznaniem ATPD, krewnych pierwszego stopnia cechowało 3,4-krotnie większe ryzyko rozwinięcia tego samego zaburzenia w porównaniu z krewnymi pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii. Odwrotnie, krewnych pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii cechowało 4,5-krotnie większe ryzyko rozwinięcia schizofrenii i 10-krotnie większe ryzyko rozwinięcia schizofrenii niż krewni z osób z ostrymi, wielopostaciowymi zaburzeniami psychiatrycznymi. Ciekawym spostrzeżeniem było, że pacjenci z podtypami zaburzenia z dominującymi objawami schizofrenicznymi mieli istotnie więcej krewnych pierwszego stopnia chorujących na schizofrenię niż pacjenci z innymi podtypami ATPD. Różnica między obiema grupami cechowała się istotnością statystyczną ($p = 0,027$).

Częstość występowania, początek i czas trwania zaburzenia

W świetle dotychczasowych badań, ATPD jawią się jako zaburzenia rzadko występujące w populacji osób hospitalizowanych. W obserwowanych w różnych katamnetycznych zaburzeniach psychiatrycznych, ATPD występowały ze zbliżoną częstością, jak 10% w badaniach Jorgensena i wsp. [17], 8,5% w populacji wszystkich psychoz nieorganicznych, a jedynie 4,1% w grupie psychoz nieorganicznych i zaburzeń afektywnych w obserwacjach Marnerosa i Pillmana [12, 18]. Singh i wsp. [19] oszacowali roczną zachorowalność na 3,9 na 100 tys. populacji z wyraźnym wskazaniem na przewagę płci męskiej (iloraz szans M/K, OR = 1,87 przy $p < 0,05$). Natomiast ta sama zachorowalność w przeliczeniu na trzyletni okres obserwacji wynosiła 1,36/100 tys. z wyraźną dominacją kobiet (M/K, OR = 0,037 przy $p < 0,05$). Badania nad psychozami nieafektywnymi w oparciu o kryteria DSM IV pokazują, że zbliżone kategorie diagnostyczne ostrych, przemijających psychoz nieafektywnych i innych

psychoz przemijających występują w grupach badanych z porównywalną częstością mieszczącą się w przedziale 5–8% [9, 10, 11, 20, 21].

Ostry początek, czyli rozwinięcie się obrazu zaburzenia w ciągu 2 tygodni jest podstawowym kryterium czasowym zawartym w klasyfikacji ICD-10. Dotychczasowe badania katamnetyczne wskazują, że to kryterium jest w zasadzie spełnione, przy czym wydaje się, że bardziej charakterystyczny jest początek nagły, czyli rozwinięcie się obrazu choroby w ciągu 48 godzin, a czas od pojawienia się pierwszych objawów psychotycznych do rozwinięcia pełnoobjawowego obrazu nie przekracza 3 dni [12, 19, 20]. Czas trwania zaburzenia, zgodnie z kryteriami diagnostycznymi, powinien mieścić się w granicach 1–3 miesięcy, przy czym poszczególne kategorie mogą się pod tym względem różnić.

- Ostre, wielopostaciowe zaburzenia psychotyczne bez objawów schizofrenii (F23.0): poniżej 3 miesięcy.
- Ostre, wielopostaciowe zaburzenia psychotyczne z objawami schizofrenii (F23.1): poniżej 1 miesiąca.
- Ostre zaburzenia psychotyczne podobne do schizofrenii (F23.2): poniżej 1 miesiąca.
- Inne zaburzenia psychotyczne z przewagą urojeń (F23.3): poniżej 3 miesięcy

Dla kategorii niespecyficznych, takich jak inne ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne oraz ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne nieokreślone, nie sprecyzowano długości trwania zaburzenia [22].

Różne katamnezy wskazują na czas trwania pierwszego epizodu psychotycznego na 1–3 miesiące. Np. obserwacje Sajitha i wsp. [14] wskazują na okres poniżej 1 miesiąca jako czas trwania zaburzenia w 53,3% badanych przypadków (24 osoby), a 46,7% (21 osób) na czas trwania pomiędzy 1 a 3 miesiącami. Mojtabai i wsp. [22] na podstawie analizy przebiegu ATPD w międzynarodowych badaniach wielośrodkowych wskazywali na okres 2–4 miesiące jako średni czas trwania zaburzenia. Średni okres występowania objawów psychotycznych podczas pierwszego epizodu w katamnezie Marnerosa i wsp. [12] wynosił 17,5 dnia (SD ± 13,3) a długość hospitalizacji mieściła się w przedziale średnio 33,7 (SD ± 24) do 83,3 dnia (SD ± 124,2) [19].

Obecnie obowiązujące czasowe kryteria diagnostyczne ATPD zawarte w ICD-10 coraz częściej poddawane są krytyce. Po pierwsze, nie ma zbyt wielu dowodów na wewnętrzny podział zaburzenia na kategorie specyficzne i niespecyficzne, a po drugie zbyt restrykcyjne kryteria czasowe sprawiają, że kategoria ATPD nie jest w stanie uchwycić pewnej części przypadków, które muszą być klasyfikowane inaczej, np. jako schizofrenia [19, 22, 23].

Obraz psychopatologiczny

W obrazie psychopatologicznym dominują objawy psychotyczne i zaburzenia nastroju w tym urojenia, omamy, zaburzenia napędu psychomotorycznego, zaburzenia myślenia, omamy, euforia, lęk, nastrój depresyjny, pierwszorzędowne objawy schizofrenii i chwiejny nastrój [12]. Sprzeczne dane dotyczą natomiast zmienności nastroju w przebiegu ATPD. O ile Marneros i wsp. [12] stwierdzili je w ponad 70% przypadków, o tyle Mojtabai i wsp. [23] dostrzegali je u niespełna 25% badanych. Być może tak znaczne rozbieżności w występowaniu objawów chwiejności emocjonalnej stanowią przyczynek do dyskusji nad koniecznością umieszczenia ich jako podstawowego kryterium diagnostycznego

tej grupy zaburzeń. Menuck i wsp. [24] sugerowali jeszcze pod koniec lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku, by oprócz się przy diagnozie na ostrym początku i czasie trwania zaburzenia, a nie na specyficznej konstelacji objawów.

Stabilność diagnostyczna

ATPD okazały się zaburzeniami o dość wysokiej stabilności diagnostycznej w przebiegu obserwacji wieloletnich. Marneros i wsp. stwierdzili, że w okresie 4,7-letniej obserwacji nawroty miało 77% z 42 badanych, z czego prawie 54% o obrazie ATPD. 30% prezentowało nawroty o obrazie afektywnym, 10 % schizoafektywnym, a ok. 7,5% schizofrenicznym. 23% badanych nie miało w tym okresie żadnych nawrotów [12]. W trzyletniej katamnezie Singha i wsp. 75 % (24 badanych) miało w okresie obserwacji jeden bądź wiele epizodów z pełnymi remisjami [19]. Roczna obserwacja grupy 51 pacjentów przeprowadzona przez Jorgensena i wsp. wskazywała, że u 48% badanych doszło w tym okresie do zmiany diagnozy, w tym u 2% na organiczne zaburzenia psychotyczne, u 15% na schizofrenię, u 28% na zaburzenia nastroju a u 2 % na uporczywe zaburzenia urojeniowe [17]. W rocznej obserwacji Aminiego i wsp. wszyscy pacjenci zakwalifikowani do badania jako ATPD utrzymali tę diagnozę po okresie badania [25]. Jako predyktory nawrotu najczęściej wymieniane są cechy obrazu psychopatologicznego, a zwłaszcza obraz nasilenie objawów paranoidalnych i omamów w momencie pierwszego epizodu oraz gorsze funkcjonowanie przedchorobowe [12].

Susser i wsp. opisując pokrewną ATPD kategorię krótkotrwałych psychoz o ostrym początku (w rozumieniu DSM-IV) stwierdzili, że mają one wysoką stabilność diagnostyczną w obserwacjach długoterminowych (szczególnie w krajach rozwijających się), z dobrą prognozą długoterminową i niewielkim odsetkiem nawrotów [9, 10, 11].

Funkcjonowanie psychospołeczne osób z rozpoznaniem ATPD

Obserwacje katamnetyczne dostarczają dowodów na dobre funkcjonowanie pacjentów zarówno przed zachorowaniem, jak i po pierwszym epizodzie chorobowym. W badaniach Jagera i wsp. [26] (n = 94; obserwacja 3–7 lat) prowadzonych w oparciu o kwestionariusz *Short Disability Assessment Schedule* przedstawiony przez Vasquez-Barqero i wsp. w 1999 r. [27] 78% badanych przejawiało dobre funkcjonowanie w zakresie dbałości o siebie, 48% w zakresie zatrudnienia, 51% w zakresie rodziny i miejsca zamieszkania, a 49% w obszarze szerszego kontekstu społecznego. Spośród całej grupy jedynie kilku pacjentów ujawniało złe funkcjonowanie w życiu codziennym – niski wynik w którymś z objętych kwestionariuszem obszarów osiągnęło łącznie 12% badanych [26, 27].

12-letnia katamneza Pillmana i Marnerosa porównująca pacjentów z rozpoznaniem ATPD i schizofrenii z dominującymi objawami pozytywnymi pokazuje pogarszanie się funkcjonowania pacjentów ze schizofrenią na poszczególnych etapach badania (po 7 i 12 latach od pierwszego epizodu) mierzonych wartością skali GAS. Poziom funkcjonowania pacjentów z rozpoznaniem ATPD pozostawał w tym czasie na tym samym poziomie. Spośród badanych z diagnozą ATPD, 12 pozostawało w stabilnej remissji bez leczenia farmakologicznego przy poziomie funkcjonowania powyżej 70 punktów w skali GAS w okresie 2 lat przed ostatnim

badaniem. Żaden z badanych z rozpoznaniem schizofrenii z dominującymi objawami pozytywnymi nie spełniał tych kryteriów. Różnica pomiędzy grupami okazała się istotna statystycznie przy $p < 0,001$ [18].

Ciekawych wyników dostarczyły obserwacje Pillmana i wsp. nad zachowaniami samobójczymi u pacjentów z rozpoznaniem ATPD w okresie kilku lat od pierwszego zachorowania. Autorzy porównywali tych pacjentów z grupą chorych na schizofrenię z dominującymi objawami pozytywnymi oraz chorobą schizoafektywną o przebiegu dwubiegunowym. Pacjenci z rozpoznaniem ATPD podejmowali próby samobójcze najrzadziej w porównaniu z pozostałymi grupami (35,7% – ATPD, 57,1% – choroba schizoafektywna, 40,5% – schizofrenia), jednak cechą różnicującą był moment podjęcia próby. Badani z ATPD podejmowali zamachy samobójcze w szczycie nasilenia objawów chorobowych, zarówno w trakcie pierwszego epizodu jak i nawrotów w przeciwieństwie do pacjentów z pozostałych grup – gdzie próby samobójcze podejmowane były na przestrzeni całego okresu obserwacji, także podczas remisji objawowej. Żaden pacjent z grupy ATPD nie zginął w zamachu samobójczym w okresie 5-letniej obserwacji w przeciwieństwie do 2 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii i trzech z chorobą schizoafektywną. Czynniki zabezpieczającymi przed zamachami samobójczymi okazały się poziom wykształcenia i podatność na perswazję (wg kwestionariusza NEO). Jednak, co wyraźnie różni ATPD od innych zaburzeń, obie te cechy w zestawieniu z diagnozą schizofrenii i choroby schizoafektywnej traciły znamienność statystyczną w zakresie wpływu protekcyjnego na zachowania samobójcze [28].

Płeć żeńska stanowi, obok dobrego funkcjonowania przedchorobowego, jeden z czynników warunkujących dobrą prognozę trzyletnią. Płeć męska okazała się głównym predyktorem zmiany diagnozy na schizofrenię w trakcie trzyletniej obserwacji. Autorzy sugerują, że istnieje duże ryzyko błędnego zakwalifikowania jako ATPD mężczyzny z rozwijającym się procesem schizofrenicznym [19].

Miejsce ATPD w psychiatrii wieku rozwojowego

W psychiatrii dzieci i młodzieży miejsce ATPD nie jest jednoznacznie określone. Zapewne wynika to z dużej rozbieżności pomiędzy symptomatologicznym opisem w ICD-10 a rozumieniem ich genezy. Zakłada się możliwość wystąpienia tzw. krótkotrwałych dekompensacji psychiatrycznych u osób z nieprawidłowo kształtującą się osobowością, głównie w kierunku *borderline*. Wynika to z psychoanalitycznego rozumienia adolescencji, która ze względu na nasilenie i burzliwość procesów psychicznych i biologicznych może przebiegać na pograniczu normy i patologii, nawet dekompensacji psychiatrycznej.

W szczególności cechy osobowości typu *borderline* a zwłaszcza trudności w ocenie rzeczywistości oraz zaburzone relacje z ludźmi i zmienność stanu psychicznego mogąca w sytuacji silnego stresu doprowadzić do dekompensacji stanu psychicznego w kierunku psychiatrycznym. Poza tym charakter objawów psychiatrycznych może być niezwykle trudny do odróżnienia od cech nieprawidłowej osobowości. Ten sposób widzenia ostrych psychoz u młodzieży bliższy jest tradycji wywodzącej się z klasyfikacji DSM-IV i mieściłby się w kategorii krótkotrwałych zaburzeń psychiatrycznych [29].

W piśmiennictwie nie ma systematycznych badań nad tym zaburzeniem w grupie pacjentów w wieku rozwojowym.

Przytaczane w opracowaniu katamnezy grupowały pacjentów w różnym wieku w tym tych przed 18 rokiem życia [16, 22]. Zbiorcze potraktowanie całych grup przy analizach nie pozwala na sprawdzenie, czy pomiędzy ATPD w wieku dorosłym a rozwojowym istnieją jakieś różnice w zakresach leżących w obszarze zainteresowania badaczy. Nie bez znaczenia pozostaje czysto użytkowy i pragmatyczny walor rozpoznania ATPD w wieku rozwojowym. Nie jest tajemnicą, że zaburzenia psychiczne rozpoczynające się w tym okresie charakteryzują się zmiennością obrazu i niską stabilnością diagnozy. Dla przykładu epizod depresyjny może być początkiem procesu prowadzącego do ujawnienia schizofrenii, czy choroby afektywnej dwubiegunowej. Podobnie epizody psychiatryczne, nawet o charakterystycznym i burzliwym obrazie mogą po pewnym okresie czasu przekształcić się w zaburzenia nastroju. Obecność kategorii pośredniej, jaką są ostre, wielopostaciowe zaburzenia psychiatryczne pozwala na rozpoznawanie psychoz bez nadawania pacjentowi etykiety schizofrenii. W praktyce klinicznej postępowanie takie dotyczy szczególnie pewnej części pierwszych epizodów psychiatrycznych w okresie adolescencji. Równocześnie w związku z małą stabilnością diagnozy ATPD można zastanawiać się, czy kryteria diagnostyczne są wystarczająco precyzyjne.

Dostępność kryteriów diagnostycznych ATPD sprawia ponadto, że daje możliwość przeprowadzenia systematycznych studiów nad tym zaburzeniem na kształt prowadzonych w grupach pacjentów dorosłych.

PODSUMOWANIE

Podsumowując dotychczasowe badania można stwierdzić, że rośnie liczba argumentów przemawiających za wyłanianiem się ostrych krótkotrwałych przemijających zaburzeń psychiatrycznych jako odrębności nie tylko o charakterze fenomenologicznym, ale także i nozologicznym. W świetle dotychczasowych badań ATPD jawią się jako grupa zaburzeń o ostrym lub nagłym początku, częściej dotykających kobiet, mogących ujawniać się w okresie całego życia jednak najczęściej pomiędzy 30 a 50 rokiem życia. Ostry stres współlistnieje jedynie w niewielkiej części przypadków zaburzeń. Cechą charakterystyczną przebiegu jest bardzo krótki okres występowania objawów psychiatrycznych z dobrą odpowiedzią na leczenie przeciwpsychotyczne i dobrym rokowaniem odległym. Nie można także wyodrębnić specyficznego podłoża osobowościowego, choć występują różnice w nasileniu różnych cech osobowości pomiędzy grupami specyficznymi a niespecyficznymi. Wiele argumentów przemawia za traktowaniem ATPD jako zaburzenia odrębnego od schizofrenii i chorób afektywnych – należą do nich np.: dominująca płeć żeńska, późniejszy wiek zachorowania, dobry poziom funkcjonowania przedchorobowego i po zachorowaniu, szybki początek i przebieg epizodu psychiatrycznego, oraz dobre rokowanie odległe korespondujące ze stabilnym poziomem funkcjonowania [19, 30, 31]. Pacjentów z rozpoznaniem ATPD cechuje także inny typ zachowań samobójczych w porównaniu ze schizofrenią i chorobą schizoafektywną, różniący się zarówno pod względem momentu podejmowania zamachu, jak i samego sposobu jego przeprowadzenia, charakteryzującego się mniejszym nasileniem przemocy [28].

Podstawowymi trudnościami natury metodologicznej pojawiającymi się w trakcie badań nad ATPD są małe grupy

badanych rzadko przekraczające 50 osób, a w przypadku obserwacji wieloletnich – 40. Zapewne wynika to z trudności w rekrutacji mających swoje podłoże w małej częstotliwości występowania zaburzenia w populacji osób hospitalizowanych, stanowiącej źródło dla większości katamnez. Liczebność grup ma w przypadku ATPD znaczenie kluczowe ze względu na wewnętrzną heterogenność zaburzenia i podział na podgrupy specyficzne i niespecyficzne. W przypadku podziału na poszczególne podkategorie mała liczebność utrudnia analizy statystyczne.

Kolejną przeszkodą utrudniającą porównania poszczególnych katamnez są rozbieżności metodologii, co w szczególności dotyczy kwestionariuszy oraz metod doboru badanych i oceny stanu psychicznego w przebiegu obserwacji oraz rozbieżności ujmowania ostrych psychoz między ICD-10 i DSM-IV. Zbyt duża, w ocenie badaczy, restrykcyjność ICD-10 zwłaszcza w obszarze czasu trwania zaburzenia ogranicza możliwość włączenia do badań epizodów o czasie trwania dłuższym niż 3 miesiące, natomiast liberalne ujęcie prezentowane przez DSM-IV pozwala na włączenie pacjentów we wczesnych etapach przewlekłych zaburzeń psychotycznych. Rozbieżności te mogą także utrudniać porównania obserwacji katamnestycznych prowadzonych w oparciu o różne systemy klasyfikacyjne.

Wyodrębnienie w ICD-10 kategorii ostrych i przemijających zaburzeń psychotycznych ułatwia prowadzenie dalszych badań nad tym zagadnieniem. Być może pozwoli to w przyszłości na bardziej precyzyjne określenie charakterystyki i ułatwi różnicowanie tego zaburzenia z epizodami schizofrenii i zaburzeń afektywnych z objawami psychotycznymi.

PIŚMIENNICTWO

- World Health Organization: Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków–Warszawa 1997.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington: APA; 1994.
- Pużyński S. red. Leksykon Psychiatrii. Warszawa: PZWL; 1993.
- Peralta V, Cuesta MJ. Cycloid psychosis. *Int Rev Psychiatry* 2005 Feb; 17 (1): 53–62.
- Pillmann F, Haring A, Balzuweit S, Bloink R, Marneros A. Concordance of acute and transient psychoses and cycloid psychoses. *Psychopathology* 2001 Nov-Dec; 34 (6): 305–11.
- Pillmann F, Haring A, Balzuweit S, Bloink R, Marneros A. Bouffée délirante and ICD-10 acute and transient psychoses: a comparative study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2003; 37: 327–333.
- Pfuhlmann B, Stober G, Franzek E, Beckmann H. Cycloid psychoses predominate in severe postpartum psychiatric disorders. *J Affect Disord* 1998 Sep; 50 (2–3): 125–34.
- van der Heijden FM, Tuinier S, Kahn RS, Verhoeven WM. Nonschizophrenic psychotic disorders: the case of cycloid psychoses. *Psychopathology* 2004 Jul-Aug; 37 (4): 161–7.
- Susser ES, Varma VK, Malhotra S, Conover S, Amador XF. Delineation of acute and transient psychotic disorders in a developing country setting. *British Journal of Psychiatry* 1995; 167: 216–219.
- Susser E, Fenning S, Jandorf L, Amador X, Bromet E. Epidemiology, diagnosis and course of brief psychoses. *American Journal of Psychiatry* 1995; 152: 1743–1748.
- Susser E, Varma VK, Mattoo SK, Finnerty M, Mojtabai R, Tripathi BM, Misra AK, Wig NN. Long-term course of acute brief psychosis in a developing country setting. *Br J Psychiatry* 1998 Sep; 173: 226–30.
- Marneros A, Pillman F, Haring A, Balzuweit S, Bloink R. Features of acute and transient psychotic disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003; 253: 167–174.
- Das SK, Malhotra S, Basu D, Malhotra R. Testing the stress vulnerability hypothesis in ICD-10 – diagnosed acute and transient psychotic disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104: 56–58.
- Sajith SG, Chndrasekaran R, Sadanandan Unni KE, Sahai A. Acute polymorphic psychotic disorder: diagnostic stability over 3 years. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 105: 104–109.
- Jørgensen P, Bennedsen B, Christensen J, Hyllested A. Acute and transient psychotic disorder: comorbidity with personality disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 94: 460–464.
- Das SK, Malhotra S, Basu D. Family study of acute and transient psychotic disorders: comparison with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34: 328–332.
- Jørgensen P, Bennedsen B, Christensen J, Hyllested A. Acute and transient psychotic disorder: a 1-year follow up study. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96: 105–154.
- Pillman F, Marneros A. Longitudinal follow-up in acute and transient psychotic disorders. *British Journal of Psychiatry* 2005; 187: 286–287.
- Singh SP, Burns T, Amin S, Jones PB, Harrison G. Acute and transient psychotic disorders: precursors, epidemiology, course and outcome. *British Journal of Psychiatry* 2004; 185: 452–459.
- Susser E, Fenning S, Jandorf L, Amador X, Bromet E. Epidemiology, diagnosis and course of brief psychoses. *American Journal of Psychiatry* 1995; 152: 1743–1748.
- Susser ES, Wanderling J. Epidemiology of nonaffective acute remitting psychosis vs schizophrenia: sex and sociocultural setting. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 294–301.
- Mojtabai R, Varma KV, Susser E. Duration of remitting psychoses with acute onset. *British Journal of Psychiatry* 2000; 176: 576–580.
- Mojtabai R, Susser E, Bromet E. Clinical Characteristics, 4-year course, and DSM-IV Classification of Patients With Non-affective Acute Remitting Psychosis. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 2108–2115.
- Menuck M, Legault S, Schmidt P, Remington G. The nosologic status of the remitting atypical psychoses. *Compr Psychiatry* 1989; 30: 53–73.
- Amini H, Alaghband-rad J, Omid A, Sharrifi V, Davari-Ashtiani R, Momeni F, Aminipour Z. Diagnostic Stability in patients with first-episode psychosis. *Australasian Psychiatry* 2005; 12: 388–392.
- Jäger M, Hintermayr M, Bottlender R, Strauss A, Möller HJ. Course and outcome of first admitted patients with acute and transient psychotic disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003; 253: 209–215.
- Vasquez-Barquero JL, Cuesta MJ, Herrera Castanedo S, Lastra I, Herran A, Dunn G. Cantabria first-episode schizophrenia study. *British Journal of Psychiatry* 1999; 174: 141–149.
- Pillman F, Balzuweit S, Haring A, Bloink R, Marneros A. Suicidal behavior in acute and transient psychotic disorders. *Psychiatry Research* 2003; 117: 199–209.
- Bronowska Z. Krótkotrwałe dekomensacje psychotyczne. W: Namysłowska I. *Psychiatria Dzieci i Młodzieży*. PZWL; 2004. s. 305–306.
- Marneros A. Beyond the Kraepelinian dichotomy: acute and transient psychotic disorders and the necessity for clinical differentiation. *British Journal of Psychiatry* 2006; 189: 1–2.
- Susser E, Varma VK, Mattoo SK. Long-term course of acute brief psychosis in a developing country setting. *British Journal of Psychiatry* 1998; 173: 226–230.

Nadesłano: 08.05.2007. Zrecenzowano: 12.06.2007. Przyjęto: 25.06.2007

Adres: Dr Paweł Potocki, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Instytut Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa, e-mail: bremberk@ipin.edu.pl, ppotocki@ipin.edu.pl