

Miejsce zespołów paranoidalnych w układzie nozograficznym etioepigenetycznym Tadeusza Bilikiewicza

ADAM BILIKIEWICZ

Z II Kliniki Chorób Psychiczych AM w Gdańsku.

Przedstawiając koncepcje nozograficzne Prof. Tadeusza Bilikiewicza dotyczące pozycji i wzajemnych relacji zespołów paranoidalnych i schizofrenii, autor wskazuje na strukturę psychoz schizofrenicznych w ujęciu etioepigenetycznym oraz zwraca uwagę na wyniki nowszych badań, które potwierdzają jego aktualność (red.).

Słowa kluczowe: zespoły paranoidalne-schizofrenia-etioepigenetyczna

Poglądy Tadeusza Bilikiewicza na temat zespołów paranoidalnych zostały przedstawione w jego licznych pracach, a w szczególności w kolejnych wydaniach "Psychiatrii klinicznej" (1957- -1989) Charakteryzując te poglądy rozpoczyna od nazewnictwa. Trzymając się źródła etymologicznego przymiotnika "paranoidalny", autor stał na stanowisku, iż chodzi o stany psychotyczne podobne do paranoi. Podobieństwo nie oznacza oczywiście tożsamości. Różnice symptomatologiczne między zespołami paranoidalnymi i paranoicznymi spowodowały ich różne zaklasyfikowanie w układzie nozograficznym. Te pierwsze autor zaliczył do psychoz z kręgu schizofrenicznego, chociaż wielokrotnie podkreślał, iż wspólne dla psychoz tego kręgu miano "schizofreniczne", wyrastające z bleulerowskiej tradycji jest wielce mylące. Sugeruje bowiem, iż każdy przypadek zespołu paranoidalnego jest "schizofrenią". Zespoły paranoiczne zaliczył do psychoz bez rozpadu czy rozszczepienia struktury osobowości. Równocześnie autor sprzeciwiał się nadużywaniu przymiotnika "paranoidalny", który nagminnie występuje obecnie w międzynarodowych klasyfikacjach np. osobowość paranoidalna. Kierując się podejściem Eugena Bleulera, stał na stanowisku, że "paranoid" (Das Paranoid) wchodzi w skład schizofrenii paranoidalnej (syn. Dementia paranoides), chociaż zgodnie z zasadą złożoności

psychozy zawartą w etioepigenetycznym może on "chodzić luzem", a więc pojawiać się jako powikłanie psychotyczne nieswoiste w przebiegu zatrucia, chorób infekcyjnych, chorób ogólnych itp. Tutaj trzeba jednak koniecznie przypomnieć poglądy Tadeusza Bilikiewicza na schizofrenię.

Niejednolitość psychoz, które Eugen Bleuler wliczył do jednej klasy w systematyce chorób psychicznych pod nazwą Gruppe der Schizophrenien, wynikała zdaniem Tadeusza Bilikiewicza, z ich niestusznego - równorzędnego uszeregowania. W grupie tych psychoz jest bowiem jedna postać, która różni się od wszystkich innych. Posiada mianowicie charakter procesu przewlekłego, opornego na próby leczenia, nie ustępująca też samorzutnie. Przewlekły ten proces prowadzi do trwałego uszkodzenia struktury osobowości i kończy się deterioracją. Proces ten staje się w pewnym odsetku przypadków, jednakże nie zawsze, podłożem dla rozmaitych psychoz, które mają charakter zespołów czynnościowych, odwracalnych, wiodących byt od tego podłoża zależny, wtórny, epigenetycznie nawarstwiony. Ten przewlekły proces schizofreniczny traktował Tadeusz Bilikiewicz jako hipotetycznie organiczny, za czym współcześnie przemawia coraz więcej danych (np. wyniki badań mózgu przy użyciu tomografii komputerowej, NMR itd.). Natomiast owe nawarstwione zespoły psy-

chotyczne mają zupełnie inny charakter. Przede wszystkim, jak już wspomniałem, nie muszą się koniecznie wiązać z podłożem swoście schizofrenicznym. Ten rozdział przewlekłego procesu schizofrenicznego i czynnościowych zespołów (paranoidalnego, katatonicznego i hebefrenicznego) autor określał metaforycznie "rozbiciem atomu diagnostycznego". Za to podejście do problemu schizofrenii był atakowany lub świadomie przemilczany. Trzeba jednak przyznać, że ataki te wychodziły częściej z kręgu polskich psychiatrów, podczas gdy u autorów zagranicznych poglądy T. Bilikiewicza były przyjmowane z większym zrozumieniem (por. M. Bleuler, 1974.). Już po śmierci autora etiopigenetycznego układu nozograficznego pojawiły się w piśmiennictwie światowym prace na temat schizofrenii bliskie jego poglądom. Mam na myśli koncepcje objawów negatywnych i pozytywnych w schizofrenii Timothy'ego Crowa (1985) i Nancy Andreasen (1982). Dostrzeżenie owej dwoistości czy złożoności psychoz schizofrenicznych, na co zwrócili uwagę wcześniej Eugen Bleuler (objawy podstawowe i dodatkowe), Kurt Schneider (objawy pierwszorzędowe i drugorzędne), Jan Mazurkiewicz (objawy pozytywne i negatywne w dysolucji) było zaczątkiem podejścia etiopigenetycznego, które zaowocowało teorią Tadeusza Bilikiewicza i późniejszą koncepcją objawów negatywnych i pozytywnych Crowa i Andreasen. Myśl tę wypowiedzieli M. Linka i J. Rybakowski (1989), przytaczając niektóre argumenty z dziedziny biochemii i psychofarmakologii przemawiające na korzyść koncepcji objawów pozytywnych i negatywnych. Nie zamierzam w tym miejscu ustosunkowywać się do tej koncepcji, gdyż nie jest to moim zadaniem, chociaż mam wątpliwości co do trafności terminów "objawy pozytywne" i "negatywne". Wątpliwości te odpadają z chwilą przyjęcia modelu etiopigenetycznego struktury psychozy schizofrenicznej.

Wracając do poglądów Tadeusza Bilikiewicza na temat schizofrenii przypomnę, że autor ten stał na stanowisku, iż istnieje jedna, prawdziwa, procesualna schizofrenia. Jako tożsame, w znaczeniu schizofrenii procesualnej uważał

następujące sprawy chorobowe: schizofrenia simplex, schizoidia, przewlekłe podłoże o cechach procesu w przebiegu psychoz schizofrenicznych złożonych, stany defektu schizofrenicznego po przeminięciu zespołu psychotycznego czynnościowego, przewlekły proces schizofreniczny, warunkujący nawroty i obostrzenia w cyklicznych postaciach schizofrenii. W tym miejscu trzeba wyraźnie powiedzieć jakie objawy i cechy przebiegu uważał on za swoiste, a jakie za nieswoiste dla schizofrenii prawdziwej. Z punktu widzenia fenomenologii za postać modelową odpowiadającą pojęciu schizofrenia vera uważał schizofrenię prostą. Cechami swoistymi z punktu widzenia psychopatologii są: autyzm, dercizm, paratymia, objawy rozszczepienne typu ambiwalencji, zaburzenia uczuciowości wyższej pod postacią bądź ich rozszczepienia bądź zaniku względnie zubożenia niektórych uczuć. Cechy przebiegu: wczesny, okołopokwitaniowy początek, przewlekły charakter, niepodatność na leczenie metodami biologicznymi i psychoterapię. Cechy zwiększające prawdopodobieństwo rozpoznania schizofrenii prawdziwej: obciążenie dziedziczne homogenne u krewnych I stopnia (w ascendencji i descendencji), osobowość przedchorobowa schizotypiczna lub schizoidalna (którą T. Bilikiewicz w zasadzie utożsamiał z pojęciem schizofrenii prostej lub ubogoobjawowej). Za nieswoiste dla schizofrenii prawdziwej, wymieniane siłą tradycji obok objawów swoistych uznawał urojenia, omamy, objawy katatoniczne i określane przez innych autorów jako dodatkowe, pierwszorzędowe, pozytywne itd. W tym kontekście nie dziwi, że twórca układu nozograficznego etiopigenetycznego nie uważał zespołów paranoidalnych, katatonicznych i hebefrenicznych za swoiste dla schizofrenii.

Tutaj warto zatrzymać się na pojęciu tzw. psychoz schizofrenoidalnych. Przegląd piśmiennictwa tycaącego się tej problematyki nie pozostawia wątpliwości, że wciąż i niezmiennie niektórzy autorzy uważają schizofrenię za monolit diagnostyczny. Z tego punktu widzenia, jak pisał T. Bilikiewicz (1970) nigdy nie wiadomo, co począć z owymi psychozami schizofrenoi-

dalnymi, bo albo są one schizofrenią, albo nie są. Jeżeli są, to po cóż nazywać je podobnymi do schizofrenii. A jeżeli nie są, to czym są w swej istocie? Wielorakość odpowiedzi na to pytanie, jakie spotykamy w piśmiennictwie jest zdumiewająca. Jedni dla przykładu uważają, iż są one identyczne z organicznym podłożem nieswoistym, a dopatrywanie się podobieństwa jest raczej pomyłką diagnostyczną. Inni w duchu staroświeckiego preformizmu, dotyczy to np. paranoidalnych psychoz poamfetaminowych, wysuwają przypuszczenie, iż czynnik toksyczny ujawnił tkwiącą w genotypie schizofrenię. Nie wielu autorów wpadło na to, aby podobieństwa do schizofrenii szukać nie w przewlekłych objawach psychoorganicznych, które należą przecież do podstawowego uszkodzenia mózgu (np. w przypadku poencefalitycznych psychoz schizofrenoidalnych), lecz raczej w ostrych zespołach psychotycznych. Całe zamieszanie pojęciowe i terminologiczne wynikało zdaniem Tadeusza Bilikiewicza z nie dość ostrego odróżniania jednostek nozograficznych II warstwy (czynniki etiopatogenetyczne, w tym procesy endogenne) od jednostek warstwy III (zespoły czyli syndromy czynnościowe, nieswoiste dla podłoża). Biorąc to pod uwagę zespoły paranoidalne mogą, ale nie muszą wkląć przewlekłej, prawdziwej schizofrenii, a wtedy nadawał im nazwę schizofrenicznych zespołów paranoidalnych. Mogą też występować w przebiegu różnych chorób, w następstwie zatruc i urazów - nadawał im wte-

dy nazwę zespołów schizofrenoidalnych tłumacząc użycie tego terminu jedynie szacunkiem dla tradycji bleurowskiej.

W opracowaniu tym pomijam stronę symptomatologiczną i diagnostyczną zespołu paranoidalnego, gdyż opisy te i kryteria diagnostyczne znajdzie czytelnik w każdym wydaniu "Psychiatrii klinicznej" Tadeusza Bilikiewicza, a także w innych podręcznikach i dziełach. Będą one zapewne treścią innych artykułów składających się na niniejszy zeszyt.

PIŚMIENICTWO

1. Andreasen N.: Negative symptoms in schizophrenia. Definition and reliability. Arch. Gen. Psychiatry, 1982, 39, 784-788.
2. Bilikiewicz T.: Psychiatria kliniczna, 7 wydanie, PZWL, Warszawa 1957, 1960, 1966, 1969, 1979, 1988-89.
3. Bilikiewicz T.: Die Actioepigense in der psychiatrischen Forschung. Nova Acta Leopoldina, 193, 35, J.A. Barth, Leipzig 1970.
4. Bilikiewicz A.: Pozycja nozologiczna psychoz schizofrenicznych. W: Psychozy schizofreniczne i leki antypsychotyczne. VII Szkoła Zimowa Instytutu Farmakologii PAN, Mogilany 1990, 25-39.
5. Bleuler E.: Lehrbuch der Psychiatrie. 5 Auflage, Springer, Berlin 1930.
6. Bleuler M.: Ocena T. Bilikiewicza "Die Actioepigense in der psychiatrischen Forschung". J.A. Barth, Leipzig 1970. W: Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat., 1974, 114/2, 397-398.
7. Crow T.J.: The two-syndrome concept: origins and current status. Schizophrenia Bull. 1985, 11, 471-486.
8. Linka M., Rybakowski J.: Koncepcja objawów negatywnych i pozytywnych w schizofrenii. Psychiatr. Pol. 1989, XXIII, 2, 125-132.
9. Mazurkiewicz J.: Zarys psychiatrii psychofizjologicznej. PZWL, Warszawa 1980.

Adres: Prof. Adam Bilikiewicz, II Klinika Chorób Psychiczych AM w Gdańsku, ul. Srebrniki 1, 80-282 Gdańsk-Wrzeszcz