

Francuska koncepcja bouffée délirante jako alternatywa diagnostyczna w przypadku ostrego epizodu psychiatrycznego

*The French conception of bouffée délirante as a diagnostic alternative
in the case of an acute psychotic episode*

ZBIGNIEW ĆWIKLIŃSKI

Z Kliniki Psychiatrii Dorosłych Katedry Psychiatrii
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

STRESZCZENIE. *Ostre zaburzenia psychiatryczne wymykają się próbom systematycznej klasyfikacji. W artykule dokonano porównania różnych koncepcji diagnostycznych stosowanych w przypadkach takich zaburzeń, ze szczególnym uwzględnieniem francuskiej koncepcji nozograficznej bouffée délirante oraz wyników badań przemawiających za jej odrębnością kliniczną. Jako ilustrację przedstawiono opis przypadku pacjenta, który przeżył ostry, wielopostaciowy epizod psychiatryczny o obrazie podobnym do schizofrenii, w swojej zasadniczej części trwający 6 dni, a zakończony spontanicznym ustąpieniem objawów.*

SUMMARY. *Acute psychotic disorders do not yield to any attempts of systematic classification. In the paper a comparison is made between various diagnostic conceptions proposed in cases of such disorders, with particular emphasis on the French nosographic conception of bouffée délirante and on research findings suggesting that it constitutes a separate clinical entity. The paper is illustrated by a case of an acute polymorphic psychotic episode with a schizophrenia-like clinical pattern of 6 days' duration in its essential part, ended with a spontaneous regression of symptoms.*

Słowa kluczowe: ostre epizody psychiatryczne / bouffée délirante

Key words: acute psychotic episodes / bouffée délirante

W świadomości psychiatrów głęboko tkwi kraepelinowska dychotomia nakazująca w gruncie rzeczy zaliczać wszelkie stany psychiatryczne bądź do grupy psychoz schizofrenicznych, bądź afektywnych. Powoduje, że właściwie każdy epizod psychiatryczny dający się opisać jako zespół paranoidalny, po części z ostrożności, a po części z niemożności w miarę prawdopodobnego prognozowania dalszego przebiegu, skłania do przekonywania pacjenta o potrzebie długiej, podtrzymującej farmakoterapii, a skutkiem tego do budowania w nim i w świadomości terapeuty przeświadczenia o długotrwałości i ciężkości choroby. Utrzymujące się w wielu krajach tradycje kliniczne świadczą jed-

nak o dość szeroko podzielanym przekonaniu, że ostre psychozy o nagłym początku, krótkim przebiegu (parę tygodni lub nawet dni) i pomyślnym zejściu nie mieszczą się w kraepelinowskim podziale na psychozy schizofreniczne i afektywne. Przekonanie to zaowocowało takimi terminami diagnostycznymi, jak: „psychoza o obrazie schizofrenii” lub „schizofrenopodobna”, „psychoza cykloidalna”, „psychoza psychogenna”, „psychoza mieszana”, „onejrofrenia”, „schizomania”, „psychoza atypowa” czy „bouffée délirante”. Różnice między nimi dotyczą głównie opinii na temat możliwości występowania w tych zaburzeniach typowych, choć krótkotrwałych objawów schizofrenii oraz ich ewentualnego

Tablica 1. Różne określenia ostrych zespołów psychotycznych [wg Perrisa 1974]

<i>Degenerationpsychosen</i>	Morel, Magnan
<i>(Bell's) Mania</i>	Bell
<i>Expansive Autopsychose durch autochtone Ideen</i>	Wernicke
<i>Motilitatspsychose</i>	Wernicke
<i>Homosexual panic</i>	Kempf
<i>Mischpsychosen</i>	Gaupp
<i>Metabilische Psychose</i>	Schroeder
<i>Benign stupor</i>	Hoch
<i>Randpsychosen, Degenerationspsychosen,</i>	
<i>Phasoprenic</i>	Kleist
<i>Schizo-affective psychosis</i>	Kasanin
<i>Zykloide Psychosen</i>	Leonhard
<i>Schizophreniform Psychosis</i>	Langfeldt
<i>Acute exhaustive psychosis</i>	Adland
<i>Oneirophrenia</i>	Meduna, Mayer-Gross
<i>Legierungspsychose</i>	Kretschmer, Hoffman, Arnold
<i>Schizomanie</i>	Claude
<i>Bouffées délirantes</i>	Magnan, Ey
<i>Emotionspsychosen</i>	Labhard, Storrington, Boeters
<i>Atypical psychoses</i>	Mitsuda, Asano, Kaij, Pauleikhoff
<i>Psychogenic psychoses</i>	Faergeman, Stromgren
<i>Benign schizophreniform psychosis</i>	Welner, Stromgren
<i>Atypische phasenhafte Familienpsychosen</i>	Elsasser
<i>Periodische (rekurrente) schizophrenia</i>	Snieszewski

związku z ostrym stresem psychologicznym oraz innymi egzo- i endogennymi czynnikami wyzwalającymi, predyspozycji do tego rodzaju zaburzeń oraz wartości prognostycznej takich rozpoznań. Poszukiwania adekwatnego opisu i zaklasyfikowania epizodów psychotycznych o dobrym rokowaniu, nie należących ani do grupy schizofrenii, ani do grupy chorób afektywnych, mają swoją bogatą historię.

OSTRE EPIZODY PSYCHOTYCZNE

Perris [13] pisząc o psychozach cykloidalnych sporządził listę 25 określeń będących właściwie synonimami zespołów zaburzeń tego typu (tabl. 1).

Do najbardziej znanych z nich należą następujące.

Psychozy podobne do schizofrenii (schizofrenopodobne) opisane przez Langfeldta [8, 9] w 1939 r., jako charakteryzujące się ostrym początkiem, obecnością czynnika wywołują-

cego oraz występowaniem u pacjentów z osobowością cyklotymiczną i budową pykniczną. Symptomatologia tych psychoz opisywana była jako mieszana, łącząca w sobie zarówno objawy dystymiczne jak i schizofreniczne: rozkojarzenie, objawy katatoniczne, urojenia odnoszące oraz zaburzenia orientacji. Ewolucja opisanych w ten sposób psychoz o postaci schizofrenii była w ponad połowie przypadków korzystna.

Psychozy cykloidalne – to termin wprowadzony przez Kleista (wcześniej używano określenia „fazofrenia”). Zaburzenia tego typu usystematyzował na początku lat sześćdziesiątych Leonharda [11], który wyróżniał ich trzy formy kliniczne: (1) psychozy z obecnością zaburzeń motoryki, (2) psychozy z obecnością zaburzeń toku myślenia w postaci rozkojarzenia, (3) psychozy z obecnością zaburzeń sfery afektywnej. Formy kliniczne nie są bezwzględnie odgraniczone i ich objawy mogą się mieszać pomiędzy sobą. Wszystkie jednak cechują się dobrym rokowaniem.

Psychozy schizofektywne opisane w roku 1933 przez Kasanina [7] oznaczały w jego ujęciu ostre zaburzenia psychotyczne, trwające od kilku tygodni do kilku miesięcy, o symptomatologii łączącej zarazem objawy schizofreniczne i objawy ze sfery afektywnej, z obecnością zaburzeń orientacji o zmiennym nasileniu oraz zaburzeń motorycznych. Epizody tego typu charakteryzował ostry początek, szybka ewolucja zaburzeń, przebieg tym korzystniejszy im wyraźniejszy był ewentualny czynnik wywołujący. Pierwotne znaczenie terminu psychoza schizofaktywna uległo w ciągu minionych ponad 60 lat istotnej zmianie.

Psychozy psychogenne opisane po raz pierwszy przez duńskiego psychiatrę Wimmera [22] w 1916 r. a określające je jako psychozy nie spełniające kraepelinowskich kryteriów psychozy maniako-depresyjnej ani bleulerowskich – schizofrenii. Opisywał dwa typy tego rodzaju psychoz: afektywną i paranoiczną, rozwijające się na podłożu określonych osobowości przedchorobowych. Psychozy te występować miały w odpowiedzi na działanie czynników wyzwalających: egzogennych lub endogennych. Rozpoznanie tego typu jest do dzisiaj powszechnie stosowane w krajach skandynawskich. Koncepcja ta najbliższa jest stosowanemu w innych szkołach terminowi psychozy reaktywnej.

POWSTANIE I ROZWÓJ KONCEPCJI

Znaczące miejsce pośród terminów diagnostycznych odnoszących się do ostrych epizodów psychotycznych zajmuje *bouffée délirante* (BD). Tego francuskiego określenia zwykle się w literaturze nie tłumaczy, ponieważ ma ono sens metaforyczny i jednocześnie walor onomatopei. Słownikowo oznacza „tchnienie, powiew, uderzenie”, a przenośnie „poryw, wybuch czy napad” zaburzeń psychotycznych. Ta koncepcja ostrej psychozy o pozytywnym rokowaniu wydaje się szczególnie interesująca, ponieważ utrzymuje się we francuskiej nozografii już ponad 100 lat. Jej twórcą był w 1893 r. Magnan. W jego

ujęciu była to psychoza wielopostaciowa pod względem tematyki i mechanizmów urojeniowych, pojawiająca się nagle, trwająca kilka tygodni i mijająca bez konsekwencji (przynajmniej bezpośrednich), jednak z możliwością nawrotów. Magnan wyizolował więc z szerokiej grupy psychoz ostre epizody psychotyczne. Zwracał szczególną uwagę na podłoże, na jakim rozwija się psychoza. Predyspozycja chorego była wówczas centralnym punktem koncepcji etiopatogenetycznych, nazywanych degeneracyjnymi, powszechnie w tym czasie uznawanych.

Większość zaburzeń psychopatologicznych traktowano jako wyraz głównie dziedzicznych zmian degeneracyjnych układu nerwowego. Magnan uznawał zarówno dziedziczny jak i nabyty charakter takich zmian. Rozumiał zaburzenia psychotyczne jako konsekwencję różnego stopnia tej degeneracji:

-
-
- w przypadku najwyższego stopnia, z obecnością trwałych zmian fizycznych i psychicznych – psychozy chroniczne,
 - w przypadku predyspozycji pośredniego stopnia – nawracające psychozy,
 - w przypadku zwykłej predyspozycji – przejściowe epizody psychotyczne.
-
-

W ten sposób zrodziła się koncepcja stanów psychotycznych charakteryzujących się ostrym przebiegiem, wyleczalnością oraz występowaniem u osób predysponowanych, szczególnie podatnych na ten typ zaburzeń. Klasyczny obraz kliniczny BD zawierał się w pięciu punktach:

-
-
- nagły początek,
 - wielopostaciowość objawów produktywnych,
 - obecność pewnego stopnia zaburzeń orientacji oraz zmienności nastroju,
 - brak zaburzeń somatycznych,
 - szybkie ustępowanie objawów i powrót do stanu przedchorobowego.
-
-

Mimo rozwoju i dominacji w następnych latach kraepelinowskich teorii endogennych oraz bleulerowskiej koncepcji schizofrenii, BD pozostawało we Francji wciąż użyteczną i stosowaną jednostką diagnostyczną. W latach pięćdziesiątych Ey [3, 4] włączył BD do swojego systemu klasyfikacyjnego, wywodzącego się z teorii organodynamicznej, co umocniło pozycję tej koncepcji. W ramach koncepcji organodynamicznej umieszczał on BD w obszarze patologii świadomości. Zgodnie z zasadami jacksonizmu, dyssolucja jednego poziomu uwalnia funkcje niższego poziomu świadomości. Poziom destrukcji związany z BD Ey sytuował pomiędzy poziomem charakterystycznym dla psychoz maniakołno-depresyjnych a poziomem destrukcji znacznie głębszym, właściwym dla stanów oneiroidalnych i psychoz schizofrenicznych.

Przeprowadzona w roku 1978 [17] wśród psychiatrów francuskich ankieta wykazała, że 77% spośród nich jest za utrzymaniem BD jako terminu diagnostycznego, 37% respondentów uważało BD za autonomiczną jednostkę chorobową, a 7% za szczególną formę schizofrenii.

W latach osiemdziesiątych, na podstawie badań ankietowych oraz szerokiej analizy przypadków, Pull i Pichot [18] sformułowali empiryczne kryteria BD. Obejmują one:

-
- A. urojenia o nagłym początku (rozwój w czasie krótszym niż 48 godzin), różnorodnej tematyce i mechanizmach, bez usystematyzowania wokół jednego tematu,
 - B. co najmniej trzy z następujących objawów:
 - (a) nagłe zmiany reakcji emocjonalnych (np. lęk – złość),
 - (b) nagłe zmiany nastroju (np. euforia – depresja),
 - (c) nagłe zmiany aktywności (np. pobudzenie – zahamowanie),
 - (d) depersonalizacja i/lub derealizacja,
 - (e) omamy każdego typu,
 - C. ustąpienie objawów i całkowity powrót do stanu przedchorobowego w czasie krótszym niż 2 miesiące,

- D. brak w wywiadzie zaburzeń psychotycznych poza jednym lub kilkoma BD,
 - E. brak związku ze zmianami organicznymi, uzależnieniem alkoholowym lub lekowym.
-

Pull [17] w swojej pracy z 1981 r., na podstawie analizy konkretnych przypadków pacjentów diagnozowanych jako BD, sporządził listę objawów psychopatologicznych, uszeregowanych wg kolejności ich występowania. Jej początek przedstawia się następująco:

● nastawienie urojeniowe	94%,
● zaburzenia myślenia logicznego	89%,
● zaburzenia nastroju	83%,
● spoprzeżenia urojeniowe	83%,
● derealizacja lub depersonalizacja	83%,
● pobudzenie	83%,
● zaburzenia toku myślenia	78%,
● zachowania dziwaczne	78%,
● zmienność symptomatologii	72%,
● urojenia wpływu	67%,
● zaburzenia orientacji	67%,
● urojenia odnoszące	61%.

Rozpoznanie BD stanowią ok. 5% wszystkich przyjęć do francuskich szpitali psychiatrycznych. Jeśli za punkt odniesienia przyjmą 100 przyjęć z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej, to odpowiadają im 72 przyjęcia z diagnozą BD, 41 przyjęć BD jako początkowego epizodu schizofrenii oraz 23 przyjęcia BD z czynnikiem reaktywnym [19].

BD znalazło swoje miejsce w obu głównych systemach klasyfikacyjnych: ICD-10 (tabl. 2) i DSM-IV (tabl. 3).

Oto historia pacjenta, którego przypadek ukazuje użyteczność alternatywy diagnostycznej wobec ostrych epizodów psychotycznych.

OPIS PRZYPADKU

Pacjent (P) jest 29-letnim mężczyzną, nigdy wcześniej nie leczonym psychiatrycznie, kawalerem, mieszkającym w niedużym

Tablica 2. Usytuowanie *bouffée délirante* w ICD-10

<p>F23.0 Ostre wielopostaciowe zaburzenie psychotyczne bez objawów schizofrenii:</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) ostry początek (w czasie 2 tygodni lub krótszym) (b) kilka typów omamów lub urojeń (zmieniających się – z dnia na dzień lub w ciągu tego samego dnia – pod względem typu i nasilenia) (c) zmieniający się w podobny sposób stan emocjonalny (d) żaden z objawów nie występuje dostatecznie trwale by spełniać kryteria schizofrenii, epizodu maniakalnego czy depresyjnego <ul style="list-style-type: none"> ● jeżeli objawy trwają dłużej niż 3 miesiące, rozpoznanie należy zmienić na: utrwalone zaburzenie urojeniowe (F22.–) lub inne nieorganiczne zaburzenie psychotyczne (F28) <p>F23.1 Ostre wielopostaciowe zaburzenie psychotyczne z objawami schizofrenii:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● kryteria (a), (b) i (c) dla F23.0 ● objawy spełniające kryteria schizofrenii występują przez większość czasu od ustalenia się wyraźnie psychotycznego obrazu klinicznego ● jeżeli objawy schizofreniczne utrzymują się ponad 1 miesiąc, należy zmienić rozpoznanie na: schizofrenia (F20.–)
--

Tablica 3. Odniesienia dla *bouffée délirante* w DSM-IV

<p>295.4 Zaburzenia o postaci schizofrenicznej (<i>Schizophreniform Disorder</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● kryteria A, D i E schizofrenii (czyli bez zaburzeń funkcjonowania społecznego i kryteriów czasowych) ● czas trwania epizodu (faza prodromalna, ostra i rezydualna) nie mniej niż 1 miesiąc, ale nie więcej niż 6 miesięcy ● z czynnikami dobrego rokowania (m.in. rozwój objawów w ciągu 4 tygodni) lub bez <p>298.8 Krótkie zaburzenie psychotyczne (<i>Brief Psychotic Disorder</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● obecność przynajmniej jednego z następujących objawów: urojenia, omamy, dezorganizacja wypowiedzi, zachowanie wyraźnie zdeorganizowane lub katatoniczne ● czas trwania nie krócej niż 1 dzień, ale mniej niż 1 miesiąc; całkowity powrót do przedchorobowego poziomu funkcjonowania ● nie może być lepiej wyjaśnione przez psychotyczne zaburzenia nastroju, zaburzenia schizoafektywne, schizofrenię, efekt działania obcej substancji lub inne zaburzenie stanu somatycznego ● z zaznaczonym czynnikiem stresogennym (.81) lub bez (.80) ● w przypadku początku w okresie poporodowym: jeżeli objawy wystąpią w ciągu 4 tygodni po porodzie
--

miasteczku. Ma wykształcenie zawodowe, pracuje jako kierownik zmiany w prywatnej firmie produkcyjnej.

Przebieg zachorowania

W poniedziałek P, namówiony przez siostrę, poszedł na otwarte spotkanie organizowane w jednym z kościołów przez „Ruch Odnowy w Duchu Świętym”. Nigdy wcześniej nie miał kontaktów z ruchem charyzmatycznym, ale od kilku miesięcy myślał więcej

o własnej duchowości i różnych sposobach wyrażania religijności – postanowił więc przyrzec się, jak wyglądają spotkania takiej grupy. Spotkanie polegało głównie na prezentowaniu „świadczeń” osób mówiących o tym, jak przeżyły swój kontakt z Duchem Świętym. P spotkaniem był w gruncie rzeczy zawiedziony, nie odczuwał niczego szczególnego.

Jednak na drugi dzień, we wtorek, nie opuszczała go uporczywa myśl, że „Jezus czeka, aby stanął z czystym sercem”, że jest

powołany do życia zakonnego. Zaczął mówić cytatami z Pisma Świętego, które często interpretował w sposób dosłowny. Zrezygnował z ćwiczeń na siłowni, bo „dusza dąży do czego innego niż ciało”. Twierdził, że jego powołaniem jest praca dla innych ludzi, za którą nie może być chwalony. „Żeby nie odbierać nagrody na Ziemi”, zrezygnował ze swojego urlopu, „bo sześć dni należy pracować, a tylko jeden odpoczywać”. Wreszcie doszedł do wniosku, że należy pozbyć się rzeczy materialnych, żeby „nie wprzęgać się w jedno jarzmo z niewierzącymi”, czyli ludźmi zajmującymi się niepotrzebnymi i nieistotnymi sprawami.

W środę pożegnał się z kolegami, mówiąc o powołaniu do klasztoru, że to „nie jego wybór”. Postanowił wcześniej rozdać wszystkie swoje rzeczy: rozdawał pieniądze, koledze podarował rower, samochód ofiarował redakcji nie znanego mu wcześniej czasopisma religijnego, podpisując odpowiedni akt darowizny. Czuł radość, wciąż pojawiały mu się w głowie nowe cytaty: „kto rękę do pługa przykładą, a ogląda się – nie jest mnie godzien”. Po pożegnaniu z kolegą usłyszał w sobie głos: „nie martwcie się, bo Duch Święty wam przypomni”. Był przekonany, że matka ma dostać sygnał o jego przeznaczeniu.

W nocy ze środy na czwartek usłyszał głos, że „to już, że ma natychmiast iść na kolanach do oddalonego o kilka kilometrów klasztoru, gdzie już o tym wiedzą i oczekują jego nadejścia”.

Rodzinnie z trudem udało się przekonać go do odłożenia tej wizyty na następny dzień.

W czwartek w ciągu dnia był w klasztorze dwukrotnie – kierowany głosem, który polecał mu tam iść. Był zdziwiony i zaskoczony, gdy okazało się, iż nikt się go tam nie spodziewał. W piątek usłyszał głos modlący się za niego: „ten głos twierdził, że jest Antychrystem, że będzie musiał zabić Papieża”. Był przekonany, że „to jakaś sekta się za niego modli, że jacyś inni ludzie nim kierują”. Prosił rodzinę, by się za niego wspólnie modliła.

W sobotę obudził się z przekonaniem, że jest „dzieckiem Bożym”. Sformułowanie to

rozumiał znów dosłownie: skoro jest dzieckiem, to jego życie dopiero się zaczyna, nie potrafił mówić, czuł się bezradny i słaby, ale jednocześnie bardzo cieszyły go bajki i piosenki nadawane w radiu i telewizji, jak był przekonany – specjalnie dla niego. Martwił się, że będzie musiał znowu pójść do szkoły i „będzie przerośnięty”. Uważał, że „Bóg mówi do niego przez innych ludzi”. W niedzielę „rozumiał, że zakopał swój talent, że za bardzo działał sam” – zgodził się pod wpływem rodziny na pójście do psychiatry.

Linia życiowa

Urodził się z nieplanowanej ciąży, jako wcześniak, w końcu ósmego miesiąca. W końcowym okresie ciąży matka przeszła żółtaczkę. Rozwijał się bardzo dobrze, był żywym dzieckiem, wszystkim się interesował, wypytywał. W szkole podstawowej uczył się średnio, nie przykładał się do nauki, wolał grę w piłkę czy jazdę na rowerze. Kolegów miał zwykle starszych od siebie. W szkole zawodowej był najmniejszy i najdrobniejszy, znalazł się przez to na marginesie grupy, zaczął wtedy intensywnie uprawiać sport „żeby urosnąć”. Uważa, że mu się to udało i dzięki temu w okresie służby wojskowej (w WOP) nie miał już żadnych problemów, wspomina ją dobrze. Podjął pracę w prywatnej firmie – awansował w niej stopniowo, od stanowiska zwykłego robotnika aż na kierownika zmiany, któremu podlega kilkadziesiąt osób. Pracy poświęcał dużo czasu, rzadko korzystał z urlopu. W ciągu ostatniego roku czuł się jednak przeciążony, zwłaszcza z powodu trwającej modernizacji zakładu.

Rodzina składa się z 6 osób zamieszkujących razem: matka, 60 lat, od 1989 r. na rencie, ojciec, 68 lat, również od 1989 r. na rencie, ostatnio dużo czasu spędzał u siostry, w odległym województwie. P był najmłodszy z pięciorga rodzeństwa: najstarszy brat zmarł wkrótce po urodzeniu z powodu wady serca, siostra (33 lata) jest nauczycielką, kolejna (31 lat) pracuje w urzędzie, najmłodsza (30 lat) jest pielęgniarką.

Związki P z dziewczynami były zwykle krótkotrwałe i raczej powierzchowne. Dopiero w ciągu ostatniego roku przeżył głębszy związek, który zakończył się jednak rozczarowaniem: dziewczyna była związana z innym, relację traktowała raczej koleżeńsko, a gdy jej chłopak wyjechał i była skłonna bardziej zbliżyć się do P, ten przeszedł już od wcześniejszego idealizowania partnerki do dewaluacji jej obrazu: uznał, że jest ona osobą bez energii, zainteresowań, pewności siebie – i zerwał kontakty.

Przebieg hospitalizacji

Przy przyjęciu i podczas dwutygodniowego pobytu na oddziale P był w zachowaniu spokojny, prawidłowo zorientowany auto- i allopsychicznie, w dobrym kontakcie słownym i emocjonalnym. Wypowiedzi jego były pod względem semantycznym i syntaktycznym poprawne, bez wyraźniejszych cech formalnych zaburzeń myślenia. Nastrojów wyrównany, afekt o nieco jakby zmniejszonej modulacji. P relacjonował objawy o charakterze urojeń, głównie o tematyce religijnej, posłanniczej, oddziaływania oraz pseudohalucynacje. Jego stosunek do tych objawów zmieniał się w trakcie trwania hospitalizacji: od relacjonowania do krytycyzmu i uznania ich za chorobowe.

W trakcie hospitalizacji wykonano badania psychologiczne:

- *testy organiczne* – test Bender i Graham-Kendall w obszarze normy, test Benton z pogranicza normy i patologii.
- *Test zdań niedokończonych* – wskazuje, iż P widzi w rodzinie oparcie, którego wcześniej nie doceniał. Ojca postrzega jako wyrozumiałego, mało troszczącego się o siebie, chciałby poczuć się przez niego docenionym. Matka jest dla niego osobą rozumiejącą, ale wywierającą presję, co budzi w nim opór. Przejawia ambiwalentne uczucia do kobiet, oczekując od nich wsparcia i zrozumienia, a jednocześnie dostrzegając w nich dużo negatywnych cech. Zaprzecza lękom i obawom, ale pesymistycznie patrzy w przyszłość.

– *MMPI* – układ skal kontrolnych wskazuje na zafalszowanie odpowiedzi w kierunku lepszego przystosowania, co może wskazywać na potrzebę przedstawiania się przez badanego jako osoba funkcjonująca lepiej niż ma to miejsce w rzeczywistości. Najwyższy wynik w skali histerii pozwala przypuszczać, że P ma silną potrzebę bycia lubianym i akceptowanym; wykazuje dużą wrażliwość na ocenę, szczególnie osób postrzeganych jako autorytety. Przejawia silną tendencję do tłumienia i wypierania konfliktów emocjonalnych, nie ujawnia bezpośrednio negatywnych uczuć: złości, gniewu, agresji, wrogości.

Zarówno przed hospitalizacją, jak i w czasie trwania pacjent nie był leczony farmakologicznie.

Próby interpretacji

Psychologiczna. Sam pacjent przyczyn zachorowania upatrywał w stresach związanych z przeciążeniem obowiązkami zawodowymi oraz rozczarowaniem uczuciowym. Chęci bezbłędneho sprostania obowiązkom w pracy towarzyszyło poczucie wymykającej się spod kontroli sytuacji, narastające obawy, że podejmie niewłaściwą decyzję, co może doprowadzić do pozbawienia go kierowniczego stanowiska, a nawet zwolnienia. Z kolei związek z dziewczyną przestał dostarczać oparcia emocjonalnego, a budził coraz większe poczucie zagrożenia. Dekompensacja psychotyczna byłaby w tej sytuacji efektem przeciążenia stresem osobowości o cechach historycznych.

Systemowa. Rodzina pacjenta jawi się jako silnie związana, z zablokowanymi procesami separacyjnymi, o czym świadczyć może fakt, że żadne z dorosłych dzieci nie założyło dotąd własnej rodziny. W ostatnim okresie dłużej trwający związek P z kobietą stwarzał realną perspektywę opuszczenia przez niego rodziny generacyjnej. Także ojciec P w ostatnim czasie przebywał długo poza domem, u swojej siostry. Choroba mogłaby w tej sytuacji pełnić dwojaką funkcję:

pozwolić samemu pacjentowi na ostateczne wycofanie się, bez poczucia winy, ze związku z dziewczyną oraz doprowadzić do powrotu ojca do domu rodzinnego.

Obie te interpretacje dość łatwo poddają się krytyce: koncepcja reaktywna nie spełnia chociażby kryteriów czasowych i tematycznych triady jaspersowskiej, a koncepcja systemowa nie wyjaśnia przyczyn tak szybkiego ustąpienia objawów. Natomiast w sposób ewidentny opisany przypadek spełnia kryteria diagnostyczne BD.

DALSZY PRZEBIEG I ROKOWANIE

Wielu autorów próbowało określić czynniki rokownicze w przypadku BD [19]. Jako predyktory korzystnego przebiegu przedstawiano:

- choroby afektywne w wywiadzie rodzinnym,
- brak wyraźnych zaburzeń osobowości w okresie przedchorobowym, a w szczególności cech osobowości schizoidalnej,
- obecność czynników wyzwalających,
- ostry początek,
- zaburzenia afektywne w obrazie psychopatologicznym,
- zaburzenia orientacji w obrazie psychopatologicznym.

Jako predyktory niekorzystnego przebiegu wskazywano:

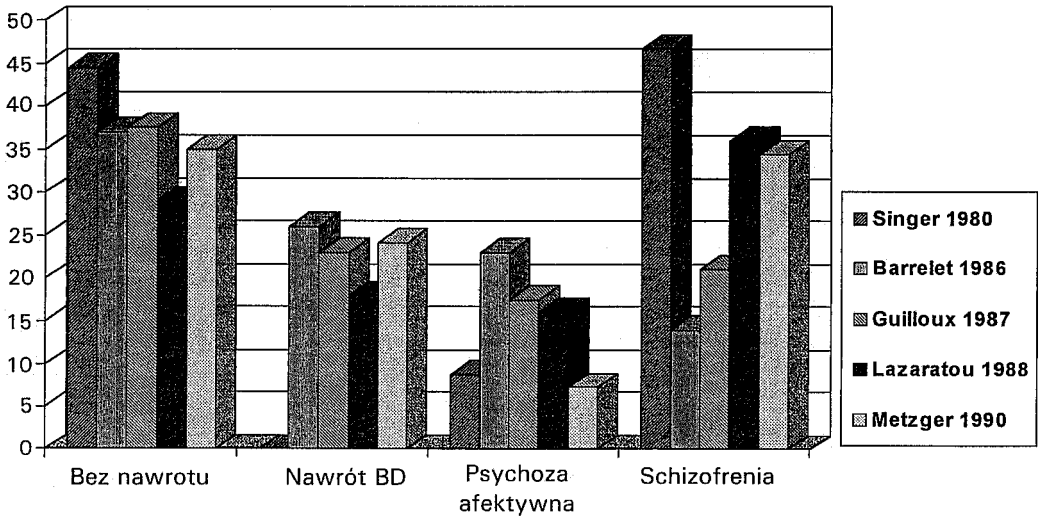
- przedchorobową osobowość schizoidalną,
- początek podostry z ewentualnymi wcześniejszymi objawami prodromalnymi,
- typ konstytucjonalny leptosomiczny.

W tablicy 4 zebrano wyniki współczesnych francuskich badań nad przebiegiem BD [2, 6, 10, 12, 20]. Wyróżniono 4 grupy dalszej ewolucji BD: bez nawrotu, z nawrotem o obrazie identycznym jak początkowy, w kierunku psychozy afektywnej oraz w kierunku schizofrenii. Liczebność grup badanych wynosi od 35 w przypadku Barrelet do 191 w przypadku Metzgera, okres objęty badaniem od 5 lat w przypadku Lazaratou do 15 w przypadku Singera. W tym ostatnim badaniu połączono w jednej grupie wszystkie przypadki z podtrzymaną diagnozą BD (bez nawrotu i z nawrotem BD), a więc wysoki wynik w pierwszej kolumnie należy rozumieć jako sumaryczny dla kolumny pierwszej i drugiej.

Na wykresie (rys. 1) zestawiono wyniki tych samych badań. Zwracają uwagę wyraźnie zbliżone, wysokie wyniki w grupie bez nawrotu (od 29 do 44%) oraz z nawrotem BD (od 18 do 26%), co pozwala wnioskować o generalnie pozytywnym rokowaniu w przypadkach BD, a jednocześnie może być rozumiane jako argument na rzecz odrębności nozologicznej tej koncepcji diagnostycznej. Wyniki w pozostałych grupach są bardziej zróżnicowane.

Tablica 4. Dalszy przebieg przypadków rozpoznawanych wstępnie jako *bouffée délirante* (procentowy udział różnych rodzajów ewolucji zaburzeń)

Autor	Bez nawrotu	Nawrót <i>bouffée délirante</i>	Psychoza afektywna	Schizofrenia
Singer, 1980	44,4	–	8,8	46,6
Barrelet, 1986	37	26	23	14
Guilloux, 1987	37,5	23	17,5	21
Lazaratou, 1988	29	18	16	36
Metzger, 1990	35	24,1	7,3	34,5



Rysunek 1. Wyniki badań katamnestycznych dalszego przebiegu przypadków rozpoznawanych wstępnie jako BD

PODSUMOWANIE

Niezależnie od tego czy rozumiane jako jednostka chorobowa czy zespół objawowy, efekt ideologii naukowych czy kompromisów klasyfikacyjnych, w liczbie pojedynczej czy mnogiej, *bouffée délirante* stawia pod znakiem zapytania sam status choroby psychicznej. Prowokuje pytania o związki i zależności między procesualnością i reaktywnością, objawami ostrymi i chronicznymi, endogenią i egzogenią, o granice między schizofrenią i chorobą afektywną, czy wręcz nerwicą i psychozą. Pozwala mniej jednoznacznie, a bardziej optymistycznie patrzeć na problem diagnozy i z większą nadzieją na określenie rokowania w stosunku do wielu pacjentów z ostrymi zaburzeniami psychotycznymi. I choć pytań jest wciąż więcej niż odpowiedzi, problem wydaje się niewątpliwie wart zainteresowania i dalszych badań.

PIŚMIENNICTWO

1. American Psychiatric Association. DSM-IV. Washington DC 1994.
2. Barrelet L.: Le devenir de la bouffée délirante. Evolutions cliniques et conséquences diagnostiques. *Information psychiatrique* 1986, 62, 351–361.
3. Ey H.: La classification des maladies mentales et le probleme des psychoses aiguës. Etude no 20. *Etudes Psychiatriques. Tome III.* Desclée de Brouwer éd. Paris 1954.
4. Ey H.: Les bouffée délirantes et les psychoses hallucinatoires aiguës. Etude no 23. *Etudes Psychiatriques. Tome III.* Desclée de Brouwer éd. Paris 1954.
5. Guilloux J.: Histoire des bouffées délirantes. *Synapse* 1987, 33, 52–58.
6. Guilloux J.: Psychoses délirantes aiguës. Statut nosologique et evolution. *Revue Française de Psychiatrie* 1987, 5, 9–13.
7. Kasanin J.: The acute schizo-affective psychoses. *Am. J. Psychiatry* 1933, 13, 97–126.
8. Langfeldt G.: La portée d'une dichotomie du groupe des schizophrénies. *Evol. Psychiatrique* 1966, 2, 320–321.
9. Langfeldt G.: The schizophreniform states. Oxford Univ. Press, London 1939.
10. Lazaratou H., Dellatolas G., Moreau T., Chaigneau H.: Bouffée délirante et évolution schizophrénique: rôle pronostique de la classification DSM-III. *Psychiatrie et Psychobiologie* 1988, 5, 297–304.

11. Leonhard K.: Cycloid psychoses, endogenous psychoses which are neither schizophrenic or manic-depressive. *J. Ment. Dis.* 1961, 107, 633-648.
12. Metzger J.Y., Weibel H.: Les bouffées délirantes. Rapport de psychiatrie. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. La Rochelle 1991.
13. Perris C.: A study of cycloid psychoses. *Acta Psychiatr. Scand.* 1974, suppl. 253, 1-75.
14. Pichot P: Les bouffées délirantes et les délires chroniques. Deux concepts nosologiques français. *Ann. Méd. Psychol.* 1979, 137, 52-58.
15. Pichot P: The concept of Bouffée Délirante with special reference to the scandinavian concept of Reactive Psychosis. *Psychopathology* 1986, 19, 35-43.
16. Postel J., Quétel C.: Nouvelle histoire de la psychiatrie. Privat Ed., Toulouse 1983.
17. Pull C.B.: Les psychoses schizophréniques, critères de diagnostic des psychiatres français. Comparaison avec les critères des psychiatres américains. These Doctorat. Université Paris 1981.
18. Pull M.C., Pull C.B., Pichot P: Des critères empiriques français pour les psychoses. *L'Encephale* 1987, 13, 59-66.
19. Samuel-Lajeunesse B., Heim A.: Psychoses délirantes aiguës. W: *Encycl. Méd. Chir., Psychiatrie*, 37-230-A-10, Paris 1994.
20. Singer L., Ebtinger R., Mantz H.: Le devenir des Bouffées Délirantes. Etude catamnestique de 74 cas. *Ann. Méd. Psych.* 1980, 138, 1097-1106.
21. Strömngren E.: Psychogenic psychosis. W: Hirsch S.R., Shepherd M. (red.): *Themes and variations in European Psychiatry*. UK, Wright, Bristol 1974, 97-117.
22. Wimmer A.: *Psykogene sindssygdoms former*. St. Hans Hospital, Jubilee Publication, Gad, Copenhagen 1916.
23. World Health Organization: *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Uniw. Wyd. Med. „Vesalius”, IPiN, Kraków-Warszawa 1997.

Adres: Dr Zbigniew Ćwikliński, Klinika Psychiatrii Dorosłych Katedry Psychiatrii CM UJ, ul. Kopernika 21a, 31-501 Kraków