

Zespół paranoidalny

JAN JAROSZYŃSKI

Z I Kliniki Psychiatrycznej IPiN w Warszawie

Artykuł omawia psychopatologię zespołu paranoidalnego. Zwraca też uwagę na pozycję tego zespołu w diagnostyce zaburzeń psychicznych oraz przypomina oryginalną skalę służącą do jego opisu i oceny ilościowej (red.).

Słowa kluczowe: zespół paranoidalny

Zespołami zaburzeń psychicznych nazywamy odchylenia od prawidłowego funkcjonowania psychiki, stwierdzone w bezpośrednim badaniu, wywiadzie i obserwacji. Poszczególne objawy stanowią jedynie wycinki tych stanów, sztucznie wydzielane z całości, podobnie jak psychologia funkcjonalna podzieliła sztucznie psychiczne działanie się na poszczególne funkcje (m.in.: myślenie, emocje, pamięć). Należałoby więc opisywać zespoły w całości i próba takiego opisu znajdzie się poniżej. Dla jasności obrazu nie da się jednak uniknąć opisu pojedynczych objawów, a nawet należy od tego zacząć. Trzeba też pamiętać, że suma objawów zespołu stanowi jedynie "wierzchołek góry lodowej", a splot mechanizmów psychologicznych i fizjologicznych, niedostępnych bezpośredniej obserwacji warunkuje ich występowanie.

UROJENIA

Zespół paranoidalny zalicza się do urojeń, ponieważ te objawy występują zwykle na pierwszy plan, choć oczywiście nie wyczerpują całości obrazu. Urojenia są to błędne sądy pochodzenia chorobowego. Można jednak uważać, że sąd jest jedynie składową kompleksu gnostyczno-emocjonalno-dążeńowego, analogicznego do prawidłowych uczuć złożonych wyznaczających postawę wobec osób, ich grup, zjawisk otaczających, norm społecznych, idei itp. Wyróżniamy więc w urojeniach (patologicznych postawach) składnik gnostyczny (poznawczy, sąd), ale obok niego także często można stwier-

dzić zmiany w elementach emocjonalnych i dążeńowych. Tak całościowo traktując urojenia, nie należy mówić np. o "działaniu pod wpływem urojeń (sądów urojeniowych)", ponieważ działanie jest tu składową urojeń; wystarczy więc nazwa "działania urojeniowe". Do sprawy trzech składników kompleksu urojeniowego wrócimy. Tu zatrzymamy się na treści urojeń.

Najczęstsze w zespole paranoidalnym są *urojenia prześladowcze*, jednak występują one bardzo często poza tym zespołem. Zaliczamy je zasadniczo do urojeń paranoicznych.

Także częste w omawianym zespole są *urojenia odnoszące czyli ksobne*. Wypadki, zachodzące w otoczeniu, a także - opisywane w gazetach, radiu, telewizji są tu traktowane jako skierowane do chorego, informujące go o czymś, ostrzegające itd. Do najczęstszych należą tu stwierdzenia, że ludzie się przyglądają, mówią o nim etc. Twierdzenia tego typu muszą się łączyć z szerszym kontekstem: chory "jest śledzony przez organizację lub władze, podejrzewany o przestępstwa (zwłaszcza polityczne)", albo przeciwnie - "powołany do odegrania szczególnej roli" etc. Sam fakt "stwierdzenia", że "otoczenie się interesuje, ludzie się przyglądają, rozmawiają ..." bez tej rozbudowy treści (zwykle prześladowczej lub wielkościowej) nie jest urojeniem, lecz jedynie "odnoszeniem prostym" (Wing i wsp. 1974), które występuje w różnych zespołach, a niekiedy i bez głębszych zaburzeń. Urojenia ksobne są, jak wspomniałem, częste w zespole paranoidalnym, jednak występują i gdzie in-

dziej, stanowią trzon senzytywnego zespołu odnoszenia Kretschmera oraz wydzielanych przez Francuzów zespołów interpretacji (faktów zewnętrznych i wewnętrznych). Należy je uważać za paranoiczne. Takie stwierdzenia jak: "ludzie się przyglądają, bo wyglądam na chorego, złego ..." jest typową oceną depresyjną i nie ma nic wspólnego z zespołem paranooidalnym.

Podobna do urojeń odnoszących, gdzie interpretacji podlegają fakty, jest błędna, urojeniowa "klasyfikacja" osób: rodzice nie są rodzicami, mąż - mężem, żona - żoną, inne osoby znów są nimi, osoby nieznanne - to krewni, znajomi, przyjaciele, wrogowie. Prześladowca może "być" kolejno listonoszem, policjantem, lekarzem (lub kolejno "udawać" ich). Czasem chory twierdzi, że ktoś się podaje za niego, że ma sobowtóra itd.

Wszystkie te odnoszenia urojeniowe łączy jedna cecha wspólna: zjawisko (fakt) lub osoba albo jest mylnie zaliczana do kręgu związanego z chorym, albo - przeciwnie, jej realny związek z tym kręgiem podlega negacji. W obu przypadkach możemy mówić o zaburzeniu układu stosunków zewnętrznych, o jego poszerzaniu lub zwężaniu, czyli - w obu przypadkach - o zatarciu granic tego układu.

Urojenia wpływu (oddziaływania) zawierają stwierdzenie, że ktoś nasyła lub wykrada myśli, kieruje uczuciami, postępowaniem, powoduje określone zmiany w organizmie. Środkiem oddziaływania mogą być zjawiska fizyczne ("prądy, fale, lasery") albo też - telepatia, hipnoza, wręcz środki mogą nie być nazwane, albo nawet - odpowiednie zjawiska powstają "same", automatycznie (p. automatyzmy Clerambault). Możemy sobie to zjawisko wyobrazić jako zatarcie granicy między psychiką chorego a otoczeniem, skoro przeżycia wewnętrzne uważa się tu za wywołane przez siły zewnętrzne. Analogicznie przedstawia się sprawa w urojeniach wpływu na otoczenie oraz w objawie odstonięcia (otoczenie zna myśli chorego, niekiedy odwrotnie).

W tym miejscu należy wspomnieć o zespole *automatyzmu psychicznego*. Clerambault określał tym terminem przeżycia występujące pod wpływem nieokreślonej siły, jakby niezależnie

od osoby chorego. Należące do tych zjawisk automatyzmy ruchowe i ideacyjne nie różnią się od urojeń wpływu na działanie i myślenie. Do innych składników zespołu automatyzmu psychicznego wrócimy jeszcze poniżej. Tymczasem jednak musimy jeszcze raz podkreślić znaczenie urojeń wpływu czy oddziaływania. W pozostałych urojeniach mówiliśmy o takiej czy innej zmianie w zewnętrznej części układu "osoba - środowisko". Coś w tej strefie peryferyjnej przybywało lub ubywało, ulegało negacji, traciło znaczenie. Natomiast w urojeniach oddziaływania ulega zatarciu granica osobowości, ginie rozróżnianie między nią a otoczeniem.

Rzadsze w zespole paranooidalnym są *urojenia zmiany osoby chorego*: zmiana płci, zamienienie się w inną osobę, zwierzę ("modna" kiedyś lykantropia, tj. zmiana w wilka). Ich przynależność do zespołu paranooidalnego może nawet budzić wątpliwości, podobnie - zdarzająca się czasem (nawet u mężczyzn) ciąży urojeniowa. Może niezupełnie jasna jest też pozycja przekonania o zmianach dotyczących odcinków ciała - najczęściej nosa, niekiedy innych części w linii środkowej (dysmorfofobia). Częste jest związane z tym ciągłe przeglądanie się w lustrze (objaw lustra). Do tej samej grupy należy przekonanie o wydzielaniu szczególnie przykrego zapachu (pot, gazy jelitowe), które również nosi nazwę dysmorfofobii(!). Te ostatnie przekonania nie są rzadkie (m.in. w okresie dojrzewania) i - jeżeli nie łączą się z szerszą rozbudowanymi treściami - nie należy ich zaliczać do urojeń. Podobnie nie musi być urojeniem przekonanie o własnym wstrętnym wyglądzie (ejdochtofobia). Niekiedy jest to przekonanie depresyjne.

Kończąc wyliczanie urojeń paranooidalnych można stwierdzić, że łączy je jedna cecha wspólna: wskazują na szczególnie rozpad układów międzyludzkich (ściślej - ich obrazu jaki rysuje się choremu), polegający na poszerzeniu lub zwężeniu zakresu związków. Jedynie urojenia oddziaływania i odstonięcia rysują się nam jako istotnie specyficzny patologiczny urojeniowy składnik zespołu paranooidalnego, w którym dopatrujemy się zatarcia granicy między autonomiczną osobą a otoczeniem.

Wracając do sprawy trzech składników kompleksu uczuciowego, jakim jest każde urojenie, należy zwrócić uwagę m. in. na początkowe stadia tych objawów. Przykład: pojawienie się określonych treści urojeniowych bywa poprzedzone przez *nastrój urojeniowy* (Schneider). W tym przypadku chory czuje się źle, niepewnie, czasem spodziewa się czegoś jeszcze gorszego. Albo też - przeciwnie - zaczyna się czuć dobrze, jest zadowolony z siebie i sytuacji, ale - w żadnej z tych ewentualności nie pojawiają się konkretne treści. Mamy tu do czynienia z zaburzeniem jednego tylko z trzech składników kompleksu. Inny przykład: chory przestaje wychodzić z domu, bo na ulicy pojawia się lęk. Lęk w określonej sytuacji i następnie unikanie tej sytuacji - to klasyczna fobia. Ale w omawianym przypadku po pewnym czasie pojawia się określona treść: chory nie wychodzi z domu - "bo tam na niego czekają". Należy więc uznać "*fobię*" za następną fazę urojenia, w której pojawiło się zaburzenie emocji (lęk) i działania (powstrzymanie się od działania). W innych przypadkach obserwujemy różne *działania urojeniowe* chorego, a dopiero później pojawiają się odpowiednie treści urojeniowe. W wielu przypadkach niejasne wstępne składniki urojeń (wspomniane niejasne zagrożenie czy niezrozumiała zmiana sytuacji) nagle staje się dla chorego jasne, tłumaczą je pojawiające się określone treści. Jest to t.zw. *ośnienie urojeniowe*, podobne zresztą do nagłego powstawania niektórych wniosków w prawidłowym myśleniu.

Określonym treściom mogą też towarzyszyć odpowiednie (lub "nieodpowiednie", niezgodne z nimi) działania i emocje. Z zaburzeń życia emocjonalnego częste są: obniżenie nastroju, może rzadziej - jego podwyższenie, dysforie, lęk. Niezgodność między poszczególnymi składnikami lub tymi składnikami a sytuacją nazywamy paratymią, niewłaściwy wyraz emocji - paramimią, a brak ukierunkowania, dwoistość dążeń, emocji, sądów - ambitendencją, ambiwalencją, ambisentencją. Wszystkie niezgodności między elementami przeżywania psychicznego widzimy jako rozpad istniejących w stanie prawidłowym związków wewnątrz układu, jaki stanowi osobowość.

OMAMY, PSEUDOHALUCYNACJE

Należą do pospolitych składników zespołu paranoidalnego. Występują tu omamy prawdziwe, a więc rzekomy odbiór bodźców zewnętrznych: słuchowe (zwłaszcza - słuchowe słowne), rzadziej - węchowe, smakowe, dotykowe, cene-stetyczne, może jeszcze rzadziej - omamy wzrokowe. Omamy mają istotnie "zmysłowy", a nie "myślowy" charakter, co pozwala odróżniać je od urojeń. Od pseudohalucynacji (omamów psychicznych) różni je przekonanie o zewnętrznym pochodzeniu, a od iluzji - brak realnego bodźca, ulegającego przekształceniu. Poprawne rozróżnienie tych wszystkich zaburzeń spostrzeżenia jest możliwe właściwie tylko w odniesieniu do zaburzeń słuchowych i wzrokowych, bo człowiek dorosły dysponuje tu wielką skalą jakości i dostateczną zdolnością rozróżniania. Próba stanowczej klasyfikacji np. zjawisk smakowych lub węchowych jest właściwie pozbawiona sensu, ale nawet w odniesieniu do zjawisk słuchowych czy wzrokowych - nie zawsze potrafimy powiedzieć, czy chory "czuje" (widzi, słyszy), czy też "wie". A nie zawsze spotykamy się z dostatecznym wglądem i dostateczną aprobatą badania, a więc często trudno uzyskać od chorego to rozróżnienie.

Mimo tych zastrzeżeń ustalono, że zjawiskami częstymi i typowymi dla zespołu paranoidalnego, są takie zaburzenia jak: głosy w głowie, ugiętość myśli, rzadziej - echo myśli, echo lektury. Wszystkie zaliczamy do pseudohalucynacji słuchowych.

Pseudohalucynacje wzrokowe polegają na "pokazywaniu, puszczaniu" obrazów filmów - "przed oczami" chorego. Należy tu zwrócić uwagę zarówno na element urojeniowy (ktoś to "pokazuje", choć zwykle nie wiadomo kto), jak i na element rzutowania ("przed" oczami, nie "w oczach", albo "w głowie") przy jednoczesnym ostrym odróżnianiu od przedmiotów realnych. Mimo tych zastrzeżeń nazywamy opisane objawy pseudohalucynacjami.

Wszystkie wymienione tu typowe dla zespołu paranoidalnego zaburzenia spostrzegania łączy zmiana w układzie "otoczenie-osoba-otocze-

nie". Omam prawdziwy - to rzutowanie, a więc lokalizowanie zjawiska wewnątrzpsychicznego w otoczeniu. Głosy w głowie lub ugiętnienie myśli - to przypisywanie cech zjawisk o pochodzeniu zewnętrznym ("słyszalność") zjawiskom wewnętrznym, podobnie - echo myśli lub lektury. Rzadki, ale typowy objaw - omamy ruchowe mowy (chory jest przekonany, że słowa, które wypowiada pochodzą od kogoś innego) wskazują na cały splot przesunąć w układzie "bó-dziec-myśl-słowo".

Mamy więc prawo opisywać te zjawiska - podobnie jak urojenia odsłonięcia i oddziaływania - używając proponowanego poprzednio terminu, jako "zatarcie granicy między osobą a otoczeniem". Nie chodzi tu o działanie osób z zewnątrz "bezpośrednio na psychikę", jak we wspomnianych urojeniach, lecz o przypisywanie cech zjawisk pochodzenia zewnętrznego przeżyciom czysto wewnętrznym. Jeżeli tak patrzeć na tę grupę objawów, to powstaje pewna trudność. Wszystkie objawy, rozumiane jako "zatarcie granicy" między osobą a otoczeniem, są patognomiczne dla zespołu, ale z jednym wyjątkiem: nie są nimi omamy prawdziwe. Jeżeli nawet miał rację Chłopicki (1947), który twierdził, że w tym zespole (ściśle mówiąc - w schizofrenii) występują raczej pseudohalucynacje niż omamy prawdziwe - to nie rozwiązuje to tej trudności. Omamy prawdziwe występują poza zespołem paranoidalnym, widzimy w nich również przejaw "zatarcia granicy" i - wobec tego - musimy uznać, że ten składnik rozpadu zdarza się także poza zespołem paranoidalnym. A więc nie każdego typu rozpad jest patognomiczny dla omawianego zespołu.

Samo "rzutowanie" jest wprawdzie naruszeniem granicy "osoba-otoczenie" jednak - jak widać - nie jest patognomiczne dla zespołu. Za patognomiczne natomiast uznać np. Schneider (1950) niektóre szczególne postaci omamów, umieszczając je na liście "objawów schizofrenicznych pierwszego rzędu". Są to mianowicie głosy dyskutujące między sobą oraz komentujące zachowania chorego. Tu już sprawa "zatarcia granicy" jest bardziej skomplikowana, niż w przypadku zwykłych "pojedynczych" omamów

słownych. Jednak trudno za Schneiderem uznać tego rodzaju omamy za patognomiczne dla zespołu paranoidalnego czy schizofrenii. Bo są skądinąd typowe dla halucynozy Wernickego.

ZABURZENIA FORMALNE MYŚLENIA

W zespole paranoidalnym następuje też rozluźnienie związków między myśleniem a światem zewnętrznym. Przekonania człowieka zdrowego zwykle ulegają w znacznym stopniu wpływom życia uczuciowego, związków uczuciowych z ludźmi (sugestie, autorytety). W omawianym zespole tego rodzaju wpływy mają pewno mniejsze znaczenie, spada konfrontacja z rzeczywistością (myślenie autystyczne), a jednocześnie powstają własne teorie "filozoficzne", dotyczące spraw mało ważnych, ale ubrane często w formę godną najwyższych prawd filozoficznych (rezonerstwo). Tworzenie własnych bardzo ogólnych, ale bardzo stanowczych teorii, dotyczących spraw zdrowia, pogody, przyrody, poszczególnych ludzi i ich grup, często łączących się z istotnymi treściami urojeniowymi jest zjawiskiem pospolitym, ale nie stałym, bo te "poglądy" wprawdzie często same mają charakter urojeń, ale w tym zespole nie tworzą zwartej całości. Zaburzona jest tu gospodarka pojęciami, skłaniająca np. do identyfikowania pojęć nadrzędnych i podrzędnych lub równorzędnych. Czasem chorzy nawet konkretnie deklarują, że "możliwe to znaczy istniejące" lub "podobne znaczy identyczne". Do podobnych zjawisk należy tworzenie nazw własnych (neologizmy) niekiedy w postaci zlepków dwóch pojęć (kontaminacje), które w języku polskim należą do rzadkości, włączanie do zakresu pojęcia innych pojęć, luźno tylko związanych (nadmierne włączanie - Cameron), podstawienie nazwy pojęcia inną. Jednocześnie zanika np. zasada niesprzeczności, nadużywana jest indukcja, np. wyprowadzanie ogólnych wniosków na podstawie jednego faktu. To ostatnie zjawisko nie jest specyficzne dla zespołu paranoidalnego, jest pospolite w zaburzeniach "łagodnych" (p. poniżej). To zamieszanie w gospodarce pojęciami i zasadach logicznego myślenia nazywamy *paralogią*. Należy ją odróżnić od "paralogii łagodnej", gdzie nie-

właściwe rozumienie pojęć i praw myślenia logicznego pochodzi z niedostatecznej sprawności intelektu lub braku wykształcenia. Wymienione zaburzenia paralogiczne przejawiają się w wypowiedziach jako rozluźnienie związków logicznych (niedokojarzenie), rzadziej jako pełne *rozkojarzenie*, obejmujące podstawienia, opuszczenia, przeskokki myślowe, przerwy. W omawianym zespole zdarzają się też proste zaburzenia toku myślenia, związane z napędem - jak spowolnienie lub przyspieszenie. To ostatnie stosunkowo często jest uznawane za rozkojarzenie, zwłaszcza gdy zbliża się do poziomu gonitwy. Zresztą i w prawdziwym rozkojarzeniu element przyspieszenia nie jest rzadki. Od wymienionych zaburzeń toku odróżniamy natłok myśli (mantyzm) i opustoszenie toku myślenia wynikające raczej z subiektywnej oceny pacjenta, a uważane przez Clerambault za składniki zespołu automatyzmu psychicznego. Można przypomnieć, że urojeniowe de facto zjawiska: nasylanie i wykradanie myśli - to znów co innego. Składniki nietypowe dla zespołu paranoidalnego mogą też obejmować inne zaburzenia myślenia - rozwlekłość czy nawet lekka tendencja do lepkości nie musi wskazywać na zmiany organiczne. Pospolite są tu też inne objawy niespecyficzne jak stereotypia, perseweraacje.

Istotne - jak w innych punktach - są dla opisu zespołu paranoidalnego te zaburzenia, w których rozpad dotyczy wewnętrznej aktywności, a więc przede wszystkim paralogia, zaburzenia prawidłowego układu operowania pojęciami i wnioskowania.

ZABURZENIA AKTYWNOŚCI

W tym zespole często jest to spadek aktywności na wszystkich jej polach - od pracy zawodowej i kontaktów społecznych poczynając a na najprostszyc rozrywkach, "wypełnianiu czasu" kończąc. Jest to zjawisko bardzo częste, niemal powszechne (przynajmniej okresowo). Tłumaczone często jest jako efekt pierwotnego spadku uczuć, dążeń, uważanego przez E. Bleulera za jeden z objawów "pierwszego rzędu", a przez niektórych także za objaw osiowy czy podstawowy schizofrenii, a przez jeszcze innych za ob-

jaw wtórny wobec urojeń (np. Ey 1960): chory zamyka się w sobie, unika kontaktów i aktywności, "aby nie narażać się prześladowcom", czy uniknąć skutków innych urojonych oddziaływań. W przedstawionej tu analizie zespołu taki spadek aktywności należy uważać za wspomniane już zaburzenia składnika dążeniowego postaw urojeniowych. Może też mieć znaczenie "treść" niektórych z tych postaw. Spadek aktywności może być zgodny np. z urojeniami wykluczającymi niektóre osoby z kręgu chorego ("rodzice nie są rodzicami") lub np. ze wspomnianymi treściami prześladowczymi (Ey), ale rozumiemy przez to tylko zgodność treści i działań (zaniechania), a nie działanie "pod wpływem urojeń" (treści urojeniowych).

Obok istotnego spadku aktywności zdarza się też jej przesunięcie - aktywność wiąże się przede wszystkim z kręgiem urojeń, a wyraźnie spada na innych polach. Spadek aktywności może też mieć inne przyczyny związane z elementami innych zespołów (depresja, osłupienie). Może być też powodowany przez leki neuroleptyczne.

Podwyższenie aktywności jest w zespole paranoidalnym związane z pojawieniem się elementów innych zespołów (podniecenie maniakalne, katatoniczne), ale może się też mieścić w granicach zespołu. Zdarza się podniecenie słowne, jednak może najczęstsze jest podniecenie niezbyt zgrabnie nazywane "urojeniowo-lękowym" o obrazie podobnym do podniecenia depresyjnego (*depressio agitata*), w którym wyraźne są elementy lęku. Aktywność jest zwykle zgodna z treściami urojeniowymi, często przyjmuje formę agresji przeciw otoczeniu lub sobie, lub ucieczki. Wydaje się, że w opisanych tu zaburzeniach aktywności, analizowanych w izolacji od podstawowych objawów zespołu niewiele można powiedzieć o typowym rozpadzie.

ZESPÓŁ JAKO CAŁOŚĆ

Podsumowując - w zespole paranoidalnym występuje cały szereg objawów mniej lub bardziej typowych, jednak niewiele z nich można uznać za specyficzne i patognomiczne. Te z nich, które można widzieć jako zmiany w obrazie układu związków z otoczeniem są niemal

stałymi składnikami zespołu, jednak za specyficzne (patognomiczne) można uznać tylko te, które stanowią o zatarciu granicy samego "ja" osobowości, utraty przez nią autonomii.

Można też skład zespołu paranoidalnego widzieć inaczej. Mianowicie, by rozpoznać zespół, konieczne trzeba stwierdzić objawy patognomiczne, ale nie odmawiać innym objawom - omamom prawdziwym, urojeniom "paranoicznym" (zwłaszcza prześladowczym i odnoszącym) przynależności do zespołu. Wprawdzie nie są one patognomiczne, skoro występują i gdzie indziej, ale przynajmniej niektóre z nich występują w każdym przypadku paranoidalnym. Trzeba tu pamiętać, że w wielu przypadkach w zespole paranoidalnym stwierdzamy tylko niepatognomiczne objawy, a patognomiczne pojawiają się później, a nie jest wykluczone, że nie pojawiają się nigdy, choć w tej sytuacji rozpoznanie będzie zawsze wątpliwe.

W związku z tym, możemy w całości zespołu widzieć niektóre formy rozpadu dotyczące związków "osoba-otoczenie" (poszerzonych, zawężonych, podstawionych jak w urojeniach prześladowczych, odnoszących, zaprzeczaniu związków rodzinnych i. in.) plus ewentualnie pojawiające się na tym tle przejawy szczególnego rozpadu "ja", o których była mowa.

RÓŻNICOWANIE

Najważniejsze i najtrudniejsze jest różnicowanie z innymi zespołami urojeniowymi. Zasadniczo na korzyść zespołu paranoidalnego świadczą stwierdzenie urojeń wpływu (oddziaływania) czy odstąpienia lub pseudohalucynacji, ewentualnie obok innych objawów klasyfikowanych jako rozpad jednoczesny (ambi-, para-, także istotna paralogia). I to - bez względu na ewentualne występowanie innych urojeń. Bezsprzecznie stwierdzony zespół urojeń paranoicznych nie wskazuje na żadną postać paranoi, jeżeli występują elementy rozpadu osobowości. Przykładowo - senzytywny zespół odnoszący Kretschmera zaliczany jest zwykle do zespołów paranoicznych, chociaż niektórzy psychiatrzy kwestionują jego odrębność, bo stwierdzają w nim np. urojenia oddziaływania. Wydaje się, że kwe-

stia odrębności zespołu jest sporna, jednak przypadki z urojeniami oddziaływania należą do zespołu paranoidalnego - czy się je nadal nazywa zespołami Kretschmera czy nie.

Trudne bywa różnicowanie z zespołami organicznymi. Przeczą o zaliczeniu do tych ostatnich stwierdzenie otępienia, zaburzeń świadomości, napadów padaczkowych. Z drugiej strony występowanie zespołów paranoidalnych w tej (organicznej) grupie bywa często kwestionowane. I raczej słusznie. Do zamieszania przyczynili się zwłaszcza psychiatrzy nieprecyzyjnie używający terminu "paranoidalny", często włączając wszystkie przypadki z urojeniami. W sprawach organicznych przewlekłych mamy raczej do czynienia z urojeniami typu paranoicznego, depresyjnego lub maniakalnego. W sprawach ostrych (majaczenie, zamroczenie wytwórcze) stwierdzamy urojenia oniryczne ("dziania się"), od czasu do czasu mogą się pojawić urojenia prześladowcze, nawet ksobne (a więc - paranoiczne), natomiast oddziaływanie jest zjawiskiem wyjątkowym. Zresztą - zgodnie z zasadą - dajemy tu w rozpoznaniu pierwszeństwo sprawie organicznej, a więc mówimy np. o majaczeniu, chociaż pacjent wspominał o oddziaływaniu. Tu działa zasada, że zaburzenia mniej głębokie (paranoidalne) mogą się pojawić w zespole głębszym (majaczenia).

Pomocne w różnicowaniu jest też stwierdzenie np. alkoholowego podłoża. Częściej niż majaczenie trudności w różnicowaniu może sprawiać halucynozę. I tu podłoże alkoholowe decyduje, jednak w obrazie obejmującym niewątpliwie urojenia oddziaływania lub odstąpienia mamy do czynienia raczej z zespołem paranoidalnym, "mimo" alkoholowego wywiadu. Halucynozę typowo odpowiada obrazowi parafrenii czyli "paranoi z omamami", nie ma tu miejsca na składniki paranoidalne, wskazujące na istotny rozpad osobowości.

Z innych intoksykacji może wzbudzić wątpliwość zespół rozwijający się po większych dawkach związków ośrodkowo pobudzających, np. amfetaminy. W swoim czasie obserwowaliśmy niewielką "endemię" zaburzeń po fenmetrazynie, również należącej do tej grupy. Na obraz

składały się tu omamy (słuchowe, wzrokowe) i urojenia (prześladowcze, niewiary). Odślonięcia, oddziaływania - nie było. O rozpoznaniu decydowało stwierdzenie używania fenmetrazyny oraz ustępowanie zaburzeń po paru dniach. Obecnie fenmetrazyna jest wycofana z aptek, natomiast stykamy się z przewlekłym nadużywaniem produkowanej pokątnie amfetaminy. Tu obraz obejmuje najczęściej urojenia prześladowcze i lęk. Treści urojeń najczęściej wiążą się z zagrożeniem przez prawo.

Rozpoznanie zespołu paranoidalnego w depresji najczęściej pochodzi z podwójnego błędu: uznawanie urojeń winy i kary za prześladowcze i prześladowczych za paranoidalne. Sama depresja jest zjawiskiem pospolitym w zespołach paranoidalnych, a próby różnicowania na podstawie jej charakteru (głębsza, "czarna" a nie "szara", albo przeciwnie - "uniemożliwiająca głębokie przeżywanie") są trudne i niepewne. Stwierdzenie urojeń oddziaływania, odślonięcia - nawet w dość bogatym zespole depresyjnym przemawia za zespołem paranoidalnym, ewentualnie - "paranoidalno-depresyjnym", co w praktyce zmienia niewiele. Nawet nazwa "depresyjno-paranoidalny", używana niekiedy, gdy elementy depresyjne wyraźnie przeważają, też nie zmienia sytuacji, ponieważ różnicowanie nie polega na "większości głosów". Element uważany za zaburzenie głębsze (tj. paranoidalny) przeważa. Zupełnie inne zagadnienie stanowi przynależność takiego np. zespołu "depresyjno-paranoidalnego" do schizofrenii (cyklicznej) czy psychozy schizoafektywnej - granice tych jednostek są ciągle dyskusyjne.

W zespole maniakalnym błędne rozpoznanie zespołu paranoidalnego pochodzi może najczęściej z potraktowania urojeń prześladowczych jako patognomicznych urojeń paranoidalnych. Często zresztą stwierdzenie tych urojeń jest błędne, opiera się na nieprecyzyjnych wypowiedziach chorego.

POZYCJA ZESPOŁU PARANOIDALNEGO W DIAGNOSTYCE

Termin "zespół paranoidalny" zasadniczo oznacza jedynie określony zespół objawów. By-

wa on jednak używany jako samodzielne rozpoznanie albo jako rozpoznanie tymczasowe, wstępne - gdy mało jeszcze wiemy o przebiegu, bo sprawa jest względnie świeża. Ale wielu psychiatrów traktuje ten termin jako rozpoznanie ostateczne m.in. z niechęci do rozpoznania schizofrenii - czy to ze względu na sporną zawartość tej jednostki chorobowej, czy też dlatego, że "schizofrenia" jest dla każdego laika (ale i specjalisty) rozpoznaniem "pejoratywnym", ale jednocześnie - mało mówiącym, bo obejmującym bardzo szeroki wachlarz psychoz.

SKALA PARANOIDALNA

Od szeregu lat powstają w psychiatrii skale oceny zaburzeń psychicznych. Wiele z nich notuje możliwie wszystkie objawy zaburzeń psychicznych (lub psychotycznych). Niektóre ograniczają się do jednej grupy objawów np. skala oceny depresji Hamiltona. W naszej Klinice opracowaliśmy skalę oceny zespołu paranoidalnego (Jaroszyński i wsp. 1976). W całości skala przedstawia się następująco:

Zespół paranoidalny

1. Treści urojeniowe

0. -

1. Urojenia oderwane, poszczególne treści: niejasne poczucia zaburzenia związków ze światem, przypisywanie niejasnego znaczenia zjawiskom zewnętrznym, poczucia bliżej nieokreślonego zagrożenia, poczucia zmiany osoby - nieokreślone (łącznie: specyficzna depersonalizacja - de-realizacja, niejasne treści "nastroju urojeniowego").
2. Wyraźniejszy zespół odnoszący lub odnosząco-prześladowczy, odnosząco-wielkościowy.
3. Treści urojeniowe praktycznie wyczerpujące związki ze światem.

2. Zaburzenia nastroju

0. -

1. Zaznaczony słabo lub pojawiający się epizodycznie subiektywny niepokój i inne mało wyraźne zaburzenia jak niżej.
2. Wyraźniejsze:
 - a) obniżenie,
 - b) podwyższenie nastroju,
 - c) stany dysforyczne i napięcia.
3. Podniecenie:
 - a) aktywność maniakalna,

- b) aktywność lękowo-obronna
- c) inne.

3. Aktywność urojeniowa

- 0. -
- 1. Poszczególne działania jako składowa urojeń (atakujące, realizujące, zabezpieczające).
- 2. Aktywność urojeniowa wyraźna, planowa, częsta.
- 3. Aktywność urojeniowa ciągła, wyłączająca inne działania.

4. (Urojeniowa) bierność i wyłączenie się

- 0. -
- 1. Spadek aktywności (każdy, lekki).
- 2. Spadek aktywności wyraźniej zaznaczony.
- 3. Całkowity brak aktywności, urojeniowe (?) unikanie wszelkich działań i kontaktów.

5. Automatyzm psychiczny

- 0. -
 - 1. "Mały automatyzm" Clerambault:
 - a) antycypacja "cieni", nieokreślonych myśli,
 - b) nieokreślonych doznań,
 - c) emancypacja abstraktów,
 - d) opustoszenie wspomnień.
 - 2. Pseudohalucynacje:
 - a) automatyzm ruchowy (ruchy odczuwane jako wywołane),
 - b) ideacyjny (myśli nastane),
 - c) ideacyjno-słowny (głosy w głowie),
 - d) narzucona mowa (pseudohalucynacje ruchowe mowy),
 - e) "depersonalizacja" odczuwana wobec własnego myślenia,
 - f) opustoszenie,
 - g) echo myśli,
 - h) echo lektury,
 - i) echo czynności,
 - j) enuncjacje i komentarze.
- Pseudohalucynacje inne:
- k) wzrokowe,
 - l) trzewne,
 - ł) dotyku.
- 3. Omamy (pełne, parazytarne)
 - a) słuchowe,
 - b) węchowe,
 - c) wzrokowe (niemal wyłącznie symbole),
 - d) inne.

(pseudohalucynacje?). W sumie jednak używanie lub pominięcie tych pozycji nie powoduje zbyt istotnych różnic, bo pomija urojenia oddziaływania, ale niektóre z nich pojawiły się w "automatyzmie" (5.2.- a,b).

Większe wątpliwości może obecnie budzić sformułowanie "wyraźniejszy zespół odnoszący" (1.2). Kwestia nie jest może tak istotna, choć w skali w ten sposób pominięto nazwanie po imieniu jednego z najbardziej patognomicznych objawów, bo skala nie służy do celów diagnostyki. Niesłuszne może też wydawać się nazwanie pseudohalucynacjami wszystkich objawów objętych punktem 5.2. Tu np. skupiły się niektóre urojenia, o czym już była mowa.

Wszystkie te wątpliwości obniżałyby niewątpliwie wartość skali, gdybyśmy ją stosowali w celach diagnostycznych. Oczywiście może ona służyć do tego, aby istotnych punktów nie pominąć, jednak rozpoznanie musi się opierać na stwierdzeniu objawów patognomicznych i różnicowaniu, a skala nie jest do tego potrzebna. W praktyce okazało się, że dla oceny ilościowej wystarczy całkowicie skrócona wersja skali:

-
-
- 1. Treści urojeniowe
 - 2. Zaburzenia nastroju
 - 3. Aktywność urojeniowa
 - 4. Spadek aktywności
 - 5. Zespół automatyzmu psychicznego
-
-

Każdą z tych pozycji oceniam według 4 stopni nasilenia (0-3, p. pełna skala). Skala służy rejestracji "ilościowej" stwierdzanych objawów, co ma służyć kontroli przebiegu zaburzeń i wyników leczenia. Jak stwierdziliśmy, może skala mieć też pewne znaczenie w prognozowaniu, ale nie jest to jej rola najistotniejsza.

PIŚMIENNICTWO

- 1. Bilikiewicz T.: Psychiatria kliniczna. PZWL, Warszawa 1988 (wyd. VII).
- 2. Bleuler E.: Dementia Praecox, Minerva, München 1978 (reprint).
- 3. Chłopicki W.: O omamach słuchowych. PAU, Kraków 1947.
- 4. Ey H.: Manual de Psychiatrie, Masson, Paris 1960.

Po latach stosowania tej skali uważamy niektóre z jej pozycji za wątpliwe lub zbędne, np. pozycja 5.1. ("mały automatyzm") zawiera objawy prawdopodobnie bardzo istotne, ale bardzo trudne do stwierdzenia lub wykluczenia. Pozycje 5.2.(I i ł) - mogą wzbudzać poważne wątpliwości

5. Jaroszyński J., Bokiewicz M., Charazińska E., Stanikowska I.: Wartość diagnostyczna skal. *Psychiat. Pol.* 1976, 10, 233.
6. Spett K.: Psychopatologia. W: Cieślak M., Spett K., Wolter W.(red.): *Psychiatria w procesie karnym*. Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1968.
7. Schneider K: *Klinische Psychopathologie*. Thieme, Stuttgart 1950 (wyd. III).
8. Wing K., Cooper J.E., Sartorius N.: *Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms*, Cambridge University Press, Cambridge 1974.

Adres: Prof. Jan Jaroszyński, I Klinika Psychiatryczna IPiN, Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa