

Postaci somatopsychiczna i cenestetyczna schizofrenii: podobieństwa i różnice

Somatopsychic and cenesthetic types of schizophrenia: common features and discrepancies

Hubert M. Wichowicz, Wiesław J. Cubała

Klinika Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych
Katedry Chorób Psychiczych Gdańskiego UM
Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Landowski

Summary

The aim of this paper is to discuss the development of the concepts of cenesthetic type of schizophrenia and somatopsychic type of schizophrenia along with the review of differences between those two diagnostic approaches in scope of their historical background and the current diagnostic concepts. Those independently described diagnostic phenomena have some common features. However, the cenesthetic type of schizophrenia emphasises sensory elements of the disorders and includes a broader spectrum of the psychopathology while the somatopsychic type of schizophrenia focuses on the thought disorders and strictly schizophrenic psychopathology.

Słowa kluczowe: schizofrenia cenestetyczna, schizofrenia somatopsychiczna, koncepcje diagnostyczne

Key words: cenesthetic type of schizophrenia, somatopsychic type of schizophrenia, diagnostic concepts

Wstęp

W medycynie, oprócz precyzyjnie usystematyzowanych zespołów chorobowych czy objawów, zdarzają się pojęcia jakby „z bocznego toru” – nie w pełni opisane, które nie doczekały się bliższego zdefiniowania, a w kryteriach diagnostycznych kwalifikowane są w podgrupach: „nieokreślone”, „inne zaburzenia” itp. Jednym z takich pojęć jest schizofrenia cenestetyczna, inaczej cenestopatyczna, oraz w pewien sposób odpowiadająca jej w polskiej literaturze postać somatopsychiczna. Również nieco wcześniejsze wprowadzone terminy: cenestezja i cenestopatja, jak i różne próby ich przetłumaczenia na inne języki, także dalekie są od precyzji. W polskiej tradycji nozologicznej, w świetle ujęcia Tadeusza Bilikiewicza, pojęcia schizofrenii somatopsychicznej i cenestetycznej traktowane są synonimicznie [1]. W tradycji nozologicznej Francji i krajów niemieckojęzycznych obserwuje się jednak inne rozumienie zjawisk

związanych z cenestezją, również w odniesieniu do spektrum schizofrenii. Celem prezentowanej pracy jest przedstawienie różnic pomiędzy tymi dwiema postaciami schorzenia, z uwzględnieniem tła historycznego rozwoju obu pojęć.

Cenestezje, cenestopatia

Pojęcie cenestezji zostało wprowadzone do słownika medycznego na przełomie XVIII i XIX wieku przez studenta pracującego u niemieckiego neurologa Johanna Christiana Reila (1759–1813). Francuskie określenie *cénesthésie* i jego synonim *sensibilité générale*, na podstawie drugiego z nich, zostało przetłumaczone na język niemiecki jako *Gemeingefühl*. J. C. Reil zdefiniował pojęcie cenestezji jako „sposób, w jaki dusza jest informowana o stanie ciała, co wydarza się w nim, poprzez rozpowszechnione w ciele nerwy”. Nawiązał w tym do doktryny Arystotelesa, w której czucie cenestetyczne uzupełniało pięć pozostałych zmysłów związanych z odbiorem danych ze środowiska zewnętrznego [za: 2]. Słowo „cenestezja” zatem pierwotnie pochodzi z języka filozofii, z czasem przeszło do języka psychologii, psychiatrii, nawet poezji, ciągle nie będąc precyzyjnie zdefiniowane. Znałe było m.in. Z. Freudowi, który uważał, iż fizyczne cenestezje są jednym z czynników mogących dyktować treść marzeń sennych [3].

Podobnie pojęcie cenestopatii, mogące być określeniem zaburzenia czucia wewnątrzustrojowego, bywa rozmaicie definiowane. Przykładem na wynikające z tego niejasności mogą być problemy translatorskie. Przykładowo, niektóre słowniki psychiatryczne zalecają, przy przekładzie na język niemiecki, tłumaczenie słowa „cenestopatia” na *allgemeines Krankheitsgefühl*, czyli dosłownie „ogólne poczucie choroby” [4]. Pozostając przy języku niemieckim, lepszym określeniem wydaje się również używane *Leibgefühlsstörungen*, czyli „zaburzenia czucia ciała”.

Schizofrenia cenestetyczna, ujęcie autorów francuskich

Określenia schizofrenia cenestetyczna i cenestopatyczna traktowane są zamiennie, jako synonimy. Pojęcie schizofrenii cenestopatycznej zostało po raz pierwszy użyte przez francuskiego psychiatrę Ernesta Dupré’go (1862-1921). Pod pojęciem cenestopatii (fr. *les cénesthopathies*) rozumiał on wraz z P. Camusem „przewlekły stan ogólnego złego samopoczucie z doznaniem płynącymi z rozmaitych części ciała i nie wynikającymi z rzeczywistego procesu chorobowego” [5]. Objaw ten dość często traktowany był jako bliski depersonalizacji, zaburzeń schematu własnego ciała i zaburzeń neurovegetatywnych, syndromologicznie stanowił objaw wielu schorzeń, najczęściej depresji. Takie rozumienie cenestopatii przez wiele lat funkcjonowało w psychiatrii francuskiej, a i obecnie, nawet w innych kręgach kulturowych, zdarzają się prace odwołujące się do pojęcia cenestopatii w tym najbardziej pierwotnym znaczeniu [6, 7]. Jeżeli cenestopatia była dominującym objawem w przebiegu jakiegokolwiek postaci schizofrenii, to wtedy postać tej choroby nazywano cenestopatyczną [8].

Schizofrenia somatopsychiczna

Określenie „schizofrenii somatopsychicznej”, zwanej inaczej hipochondryczną zostało wprowadzone przez polskiego psychiatrę Maurycego Borna (1874–1952)

[9]. Pierwszy znany nam opis pochodzi z 1922 roku. Postać tę umieścił on pośród 6 typów schizofrenii, wraz z typami: prostym, hebefrenicznym, katatonicznym, paranoidealnym, schizotypicznym; pod tym ostatnim pojęciem rozumiał postać schizofrenii o charakterze czysto reaktywnym z katatymicznymi urojeniami o rozwiązaniu trudnej sytuacji emocjonalnej, będącej przyczyną choroby. W podręczniku tym jeszcze nieśmiało posługuje się pojęciem schizofrenii. Trzeci rozdział poświęcony tej chorobie nosi tytuł: „Zespoły objawowe w zakresie jakościowych zaburzeń afektywnych (*parathymia*) oraz zaburzenia w sferze woli i władzy sądenia”, nie ujęte w tytule słowo „schizofrenia” pojawia się jednak w samym tekście [9, s. 84–99]. W późniejszym wydaniu podręcznika [10], z roku 1948, posługując się już bliższą nam polszczyzną, Bornaštajn, w rozdziale IX: „Klinika schizofrenii”, opisuje postać somatopsychiczną następująco: „Jeżeli od zespołu, stanowiącego osobowość, w pewnym momencie życia odszczepiają się (zazwyczaj dzieje się to nagle) czucia organiczne, występuje wskutek tego obraz kliniczny, w którym na pierwszy plan wysuwają się swoiste urojenia, dotyczące wyłącznie [podkreślenie M.B.] własnego ciała, natomiast objawy ogólne, jak zaburzenia skojarzeniowe, nie uwydatniają się wcale. Chorzy tacy zwykle są zupełnie przytomni, zorientowani pod każdym względem, rozmowni (zwłaszcza na temat własnej choroby), skarżą się – i skargom tym towarzyszy silny afekt depresyjny – że coś się w nich odmieniło, że nie czują się sobą, nie czują tej czy innej części ciała, że wszystko się przekreśliło, że nie mogą trawić, że w piersiach i brzuchu mają pustkę etc. Stan taki trwać może od kilku tygodni do kilku lat i doprowadza do pewnej zmiany trwałej w osobowości” [10, s. 209–210]. Przypadki, kiedy dochodzi do wystąpienia „objawów ogólnych schizofrenicznych”, wskazują na przynależność takiej jednostki chorobowej do schizofrenii.

M. Bornaštajn w swoich podręcznikach przytacza opisy 2 kobiet, w momencie zachorowania 24- i 18-letniej, u których doszło do pojawienia się licznych urojeń hipochondrycznych. Jednak kazuistyka ta jakby nie w pełni koresponduje z wcześniejszym opisem schorzenia. Potencjalnie może sugerować i inne jednostki chorobowe – ściślej depresję psychotyczną z zespołem Cotarda, m.in. ze względu na opisywane przez pacjentki objawy: „pełno krost w kiszkach”, „nos gnije”, „nie jestem człowiekiem, tylko trupem” – dlatego je pomijamy.

Podsumowując: w koncepcji M. Bornaštajna schizofrenia somatopsychiczna jest postacią choroby, w której dochodzi do pojawiania się przede wszystkim urojeń hipochondrycznych (dopuszczał obecność iluzji i omamów), objawy osiowe schizofrenii potencjalnie mogą być przez długi czas nieobecne i skargom tym towarzyszy zazwyczaj afekt depresyjny. Przebieg choroby najczęściej wskazuje na jej przewlekłość, jakkolwiek schorzenie może mieć charakter pierwszej fazy, prowadzącej do ostrej fazy choroby. Podobnie schizofrenię somatopsychiczną rozumiał Antoni Kępiński [11]. Natomiast definicja T. Bilikiewicza, widzącego w tej postaci schizofrenii powikłanie etioepigenetyczne schizofrenii prostej przez przewlekły zespół paranoiczny hipochondryczny, wyłącza przypadki z obecnością nawet krótkotrwałych ostrych zaburzeń psychotycznych, zwłaszcza z omamami. Analizę tego zawężenia kryteriów przeprowadziliśmy we wcześniejszych publikacjach [12, 13].

Pojęcie schizofrenii cenestetycznej

Pojęcie schizofrenii cenestetycznej, chociaż także wyrosło z dogłębnych obserwacji klinicznych, miało inne podłoże teoretyczne. Koncepcja schizofrenii cenestetycznej w swoich początkach powiązana jest z poszukiwaniami dotyczącymi prodromalnych objawów schizofrenii w jak najwcześniejszych fazach schorzenia. W 1932 r. Wilhelm Mayer-Gross [14] po raz pierwszy opisał występujące jego zdaniem najwcześniejsze fazy schizofrenii, poprzedzające początek właściwej psychozy o wiele lat. Według jego spostrzeżeń, obecny jest wtedy szereg niespecyficznych doznań, które mogą być zaobserwowane subiektywnie przez pacjenta i zdiagnozowane jedynie retrospektywnie. Odpowiadają one poziomowi 1 objawów podstawowych (opis dokładniejszy poniżej).

W latach pięćdziesiątych ubiegłego stulecia Gerd Huber rozwinął koncepcję tzw. objawów podstawowych (ang. *basic symptoms*), które tworzą fazy zwiastunowe (ang. *outpost phases*) i prodromalne schizofrenii. Jako objawy przepowiadające chorobę, *basic symptoms* wyprzedzają objawy prodromalne i pierwsze psychotyczne przeciętnie o 10 lat i ulegają kompletnej remisji. W odróżnieniu od nich późniejsze objawy prodromalne, poprzedzające przeciętnie o 3,5 roku (zakres 1–37 lat) początek choroby, przechodzą już bezpośrednio w pierwszy psychotyczny epizod. Analogiczne objawy mogą być obecne także w stanach rezydualnych. Objawy te, zwłaszcza najwcześniejsze i niespecyficzne (z tzw. poziomu 1), mogą wystąpić i w innych jednostkach, takich jak np. zespoły depresyjne czy schorzenia „organiczne” mózgu [15]. Mają one zdaniem G. Hubera „charakter afektywno-dynamiczny i poznawczy, doświadczany przez pacjenta, ale nie obserwowalny z zewnątrz” [16], co koresponduje z wcześniejszym opisem W. Mayera-Grossa. Do objawów podstawowych wliczały się cenestezje, czyli niespecyficzne doznania ze strony ciała, mające charakter pierwotny, a nie wynikający z konstytucjonalnych czy nerwicowych przekonań hipochondrycznych lub urojeń [17, 18]. Oprócz pierwszego, dość niespecyficznego poziomu, występowały dwa wyższe: poziom 2 – objawy podstawowe (mające charakter jakościowy), i 3 – zróżnicowane objawy psychotyczne (omamy czucia wewnątrzustrojowego). Do diagnozy objawów podstawowych konstruowano Boński Inwentarz Oceny Objawów Podstawowych (*Bonn Schedule for the Assessment of Basic Symptoms*), w którym cenestezje zajmują ważne miejsce. Niestety, przez wiele lat był on dostępny jedynie w języku niemieckim, stąd słaba jego znajomość. Dopiero w 2008 r. ukazało się jego angielskie tłumaczenie [19]. Inwentarz składa się z 5 głównych kategorii:

- A. Deficyty o charakterze dynamicznym z bezpośrednio obserwowanymi objawami ubytkowymi
- B. Nasilone objawy ze sfery osobniczej sugestywności, pobudliwości, a także nadmiernej skłonności do refleksji wraz z objawami obsesyjno-kompulsyjnymi, komponentą lękową oraz depersonalizacją (deficyty o charakterze dynamicznym z pośrednio obserwowanymi objawami ubytkowymi)
- C. Zaburzenia treści myślenia, postrzegania oraz planowania globalnego
- D. Cenestezja
- E. Zaburzenia wegetatywne o charakterze ośrodkowym.

Cenestezje tworzą całą osobną kategorię – stwierdzono 12 podstawowych podtypów i 3 dodatkowe – stanowią zatem dość wyraźnie zaakcentowaną jakość psychopatologiczną. Potwierdziły to późniejsze badania kliniczne, stwierdzające obecność cenestezji u 73% chorych na schizofrenię [20].

Pojęcie schizofrenii cenestetycznej wprowadził G. Huber w 1957 r., bazując na opisie 50 chorych ze schizofrenią, u których objawy cenestetyczne wyprzedzały właściwy rozwój choroby przeciętnie o 10 lat [21]. Zdefiniował ją jako postać, w której podczas całego przebiegu występują doznania somatyczne, często bardzo blisko związane z zaburzeniami afektywnymi. Często obecne są pewne objawy wegetatywne, ruchowe i czuciowe. Typowe objawy schizofreniczne są zawężone do krótkich epizodów. Zdaniem autora pojęcia ta postać schizofrenii nie stanowi odrębnej jednostki, dopuszcza nieostre granice z innymi formami choroby [22].

Schizofrenia cenestetyczna należałaby w myśl tych poglądów do postaci, w których dominują w obrazie klinicznym wzmożone ilościowo „najpierwsze” objawy schizofrenii. Stawia to ją w jednym szeregu z jednostkami – określanymi czasami w nozografii francusko- oraz anglojęzycznej jako *formes frustes* – takimi jak: *latent or pseudoneurotic schizofrenia, juvenile-asthenic failure syndrome, larvate schizofrenia, edogenous obsessive-compulsive disease* [23]. Wracając do poglądów T. Bilikiewicza – łączył on w pewien sposób postać somatopsychiczną i rzekomonerwicową, jako wyodrębnione przebiegi schizofrenii prostej, będącej niejednokrotnie fazą wstępną schizofrenii. Wykazuje w tym zgodność z poglądami G. Hubera. Niezbędna jest tutaj jedna uwaga – chociaż obie formy wyrastają z najwcześniejszych form schizofrenii, nie oznacza to, iż stanowią formę łagodną, za przykład czego może służyć opisany przez G. Hubera przypadek zakończony samobójstwem [22].

Podobieństwa i różnice

Ujęcie G. Hubera jest znacznie szerszą kategorią diagnostyczną od schizofrenii somatopsychicznej. Cenestezje są pojęciem pojemniejszym, obejmującym 3 stadia: od objawów hipochondrii poprzez objawy zbliżone do ujęcia T. Bilikiewicza z obecnością dziwnych doznań ciała, będących cenestezjami właściwymi w kontekście historycznym, skończywszy na omamach czucia wewnątrzustrojowego. Powoduje to, iż ewentualnych przypadków odpowiadających pojęciu schizofrenii cenestetycznej jest znacznie więcej niż odpowiadających pojęciu postaci somatopsychicznej.

Potwierdzeniem tego może być nasze wcześniejsze doniesienie, w którym opierając się na materiale gdańskiej kliniki ocenialiśmy rozpowszechnienie rozpoznania schizofrenii somatopsychicznej. Przy zastosowaniu rygorystycznych kryteriów dla schizofrenii somatopsychicznej rozpowszechnienie tego schorzenia było bardzo niskie: 0,05%. Zastosowanie kryteriów schizofrenii cenestetycznej pozwoliłoby na włączenie dodatkowych 8 przypadków, co uczyniłoby jej rozpowszechnienie ok. czterokrotnie większym (ok. 0,2%) [12].

Zachodzą jednak pewne zgodności w opisach schizofrenii cenestetycznej w ujęciu G. Hubera i somatopsychicznej w ujęciu T. Bilikiewicza. Obaj autorzy podają, iż często chorzy ci nie są traktowani jako osoby cierpiące na schizofrenię, T. Bilikiewicz

wspomina dodatkowo o ich częstych wizytach u lekarzy „niepsychiatrów” i – jak malowniczo to opisuje – o „doprowadzaniu ich do rozpacz”. Z kolei G. Gross i G. Huber stwierdzają, że chorzy z psychozami endogennymi, u których dominują doznania bólowe oraz zaburzenia czucia, przy nasilonej manifestacji tych objawów, często bywają błędnie diagnozowani jako cierpiący na schorzenia somatyczne, co prowadzi do wdrożenia nieadekwatnego leczenia oraz zmniejsza szansę na uzyskanie remisji psychozy [24]. W polskich opisach podkreśla się obecność dereizmu, czyli „nieliczenia się” omamów z realiami anatomii czy fizjologii, czasami nawet podstawowymi, czego nie ma w opisach niemieckich. Autorzy, i polscy i niemieccy, podkreślają, iż ta postać schizofrenii jest rzadko spotykana w praktyce szpitalnej. Potwierdziło to nasze badanie – nawet przy przyjęciu rozszerzonych kryteriów G. Hubera odsetek 0,2% przyjęć do szpitala psychiatrycznego to niewiele.

Różnice między schizofrenią cenestetyczną a somatopsychiczną zestawiono w poniższej tabeli.

Tabela 1. Różnice pomiędzy schizofrenią cenestetyczną wg Gerda Hubera a somatopsychiczną wg Tadeusza Bilikiewicza i Antoniego Kępińskiego

Schizofrenia:	cenestetyczna	somatopsychiczna
Podłoże	Jeden z typów schizofrenii	Odmiana schizofrenii prostej
Płeć	Przewaga męskiej	Nie określono
Zaakcentowany objaw psychopatologiczny	Cieleśne doznania, <i>basic symptoms</i> 1. i 2. poziomu	Urojenia hipochondryczne i objawy negatywne, w tym dereizm
Przebieg choroby	Możliwość zmiany stopnia nasilenia dolegliwości	Stacjonarny
Prognoza	Umiarkowanie niekorzystna	Zawsze niekorzystna
Możliwość występowania tzw. ostrych objawów psychotycznych	Dopuszczalna, ale najczęściej występują epizody krótkotrwałe	Wykluczona
Obecność przewlekłych omamów	Czucia wewnątrzustrojowego przy co najmniej 2. poziomie cenestezji	Brak
Miejsce doznań	Doznania płynące z wielu narządów	Zazwyczaj zawężone do jednego narządu lub jednej choroby
Afekt i nastrój	Dwie fazy zaburzeń: Faza 1: obecność żywego, wciąż adekwatnego afektu, który przejściowo może się nasilać osiągając poziom stanu lękowego z towarzyszącym pobudzeniem Faza 2: obecność nieadekwatnego, zubożonego afektu, charakteryzującego się nastrojem apatyczno-zubożonym ewentualnie wzmożonym – euforycznym	Brak precyzyjnych określeń, objawy w tym zakresie raczej łączą się z „osiowymi” objawami schizofrenii

Punkt „prognoza” w tabeli wymaga pewnego komentarza. Zarówno polskie, jak i niemieckie doniesienia mówią o niekorzystnej prognozie. Jednak w przypadku schizofrenii cenestetycznej generalnie mówi się, iż u około 2/3 przypadków występują lekkie objawy rezydualne, a u 1/3 przetrwały objawy cenestetyczne [18]. Precyzując – 35% ma rezydualne objawy asteniczne o szczątkowym nasileniu, 30% łagodnie nasilone objawy deficytu schizofrenicznego, liczba skrajnych wariantów przebiegu jest zbliżona: 15% pełna remisja i u 20% przejście w chroniczną psychozę. Korzystniejszy przebieg tego schorzenia można też wiązać z możliwościami zmiany stopnia jego nasilenia, których początkowe doniesienia nie sugerowały, a które wykazały badania późniejsze [22]. Prognoza w polskiej literaturze jest zawsze niekorzystna – podkreśla się przewlekłość urojeń, m.in. wynikającą z zupełnego braku wglądu i stałego leczenia psychiatrycznego.

Porównując zaprezentowane w tabeli ujęcia, należy stwierdzić, iż ujęcie M. Bornsztajna (również bazujące na nim T. Kępińskiego) pod pewnymi względami jest bliższe podejściu G. Hubera niż T. Bilikiewicza. Mocniej akcentuje M. Bornsztajn zaburzenia nastroju, przebieg choroby nie jest wg niego zupełnie jednorodny, zatem pojęcie to jest też nieco szersze.

Podsumowanie

W tym miejscu możemy zastanowić się nad kwestią, czy polskie i niemieckie doniesienia mówią o tym samym typie choroby, czy o rozmaitych. T. Bilikiewicz uważa obie formy za równoważne [1] – w świetle tego, co napisaliśmy, z takim ujęciem nie można się jednak w pełni zgodzić. Naszym zdaniem wiele różnic ma charakter pozorny i wynika tylko z większego wyselekcjonowania przypadków przez polskich autorów. Wszystkie przypadki schizofrenii somatopsychicznej zawierają się w pojęciu schizofrenii cenestetycznej, o czym już mówiliśmy, powołując się na wyniki naszej pracy [12]. Ta ostatnia stanowi niejako rozszerzenie pojęcia schizofrenii somatopsychicznej o przypadki nie spełniające rygorystycznego kryterium łącznego przebiegu schizofrenii prostej i hipochondrycznego zespołu paranoicznego.

Szersze pojmowanie cenestetycznej schizofrenii łączy się także z jej potencjalnie łagodniejszym przebiegiem. Osoby chore na schizofrenię somatopsychiczną to tylko najcięższe przypadki, z wykrytymi przewlekłymi urojeniami, nie zmieniającymi już stopnia nasilenia i przez to źle rokujące.

Pisząc o schizofrenii cenestetycznej podkreśla się jej pewne podobieństwo do fazy zwiastunowej (*outpost syndromes*), czyli do najwcześniejszych chronologicznie objawów choroby. Z kolei schizofrenia somatopsychiczna stanowi postać schizofrenii prostej, która w gruncie rzeczy wielokrotnie również jest fazą wstępną innych postaci tego schorzenia. W obu ujęciach – polskim i niemieckim – mówi się o niedoszacowaniu rozpowszechnienia tych zaburzeń, rzadkim podejmowaniu leczenia przez chorych, o częstym bagatelizowaniu ich skarg i nietraktowaniu ich jako osób chorych na schizofrenię.

T. Bilikiewicz i częściowo M. Bornsztajn oraz A. Kępiński mówią o braku ostrych objawów psychotycznych. Przyjmując punkt widzenia G. Hubera, należy uznać, iż

– jakkolwiek zdarzają się – są one rzadkie i krótkotrwałe. Pomimo tej różnicy, z obu punktów widzenia, obecność cenestezji bądź urojeń hipochondrycznych co najmniej skraca czas trwania i nasilenie ostrych objawów, np. paranoidalnych.

Pewna różnica pozostaje bardzo silnie zaznaczona i jest nieredukowalna. G. Huber akcentuje sensoryczną stronę psychopatologii, z rozlicznymi doznaniem o szerokiej gamie intensywności, do omamów czucia wewnątrzustrojowego włącznie, wprowadza ich dokładną systematykę. Polscy autorzy, zwłaszcza T. Bilikiewicz, podkreślają obecność zaburzeń myślenia, skorelowanych ze schizofrenicznym załamaniem się linii życiowej.

Kończąc, należy podkreślić potrzebę rozpowszechnienia wiedzy o tych zapomnianych nieco postaciach schizofrenii. Jak stwierdza G. Gross: „również psychiatrom zdarza się nie brać pod uwagę możliwości traktowania deklarowanych przez pacjenta dolegliwości bólowych jako przejawu endogennego zespołu cenestetycznego” [24]. Cenestezje i urojenia hipochondryczne, niezależnie, czy będziemy jej rozpatrywać z tej czy innej perspektywy systematyki chorób, stanowią wskazanie do jak najszybszego włączenia leczenia, co z pewnością uczyni długoterminowe rokowanie korzystniejszym [16].

Соматопсихическая и синестическая формы шизофрении – различия и сходства

Содержание

Заданием работы было представление развития нозографических концепций понятий сенестетической (сенестопатической) и соматопсихической форм шизофрении. Кроме того, представление различий между выделенными формами с учетом исторического фона и современных диагностических концепций. Синестический тип шизофрении подчеркивает наличие соматических нарушений, тогда как при соматопсихическом типе шизофрении указывается роль нарушений мышления и психопатологических симптомов, тесно связанных с нарушениями только шизофреничными. Независимо от этого, обе формы, описанные совершенно независимо от себя, обладают определенными совместными чертами.

Somatopsychische und cönästhetische Schizophrenietypen: Ähnlichkeiten und Unterschiede

Zusammenfassung

Das Ziel der Studie ist die Vorstellung der Entwicklung der nosographischen Begriffe cönästhetische (cönästopathische) und somatopsychische Schizophrenie und die Beschreibung der Unterschiede zwischen den beiden Typen mit der Berücksichtigung des historischen Hintergrundes und der zeitgenössischen diagnostischen Ideen. Der cönästhetische Schizophrenietyp betont die somatischen Störungen, dagegen wird im somatopsychischen Typ die Rolle der Denkstörungen und psychopathologischer Symptome hervorgehoben, die eng mit den direkt schizophrener Störungen verbunden sind. Unabhängig davon besitzen beide Typen, die unabhängig voneinander beschrieben wurden, einige gemeinsame Eigenschaften.

Les types somatopsychiques et cénesthésiques de la schizophrénie : ressemblances et différences

Résumé

Ce travail vise à présenter le développement des conceptions des types somatopsychiques et cénesthésiques de la schizophrénie ainsi qu'à décrire leurs ressemblances et leurs différences y

compris leur fond historique et diagnostique. Le type cénesthésique accentue la présence des troubles somatiques tandis que le type somatique souligne le rôle des troubles de penser et des symptômes psychopathologiques liés strictement avec la schizophrénie. Pourtant ces deux types, bien que décrits séparément, possèdent certaines caractéristiques communes.

Piśmiennictwo

1. Bilikiewicz T. *Psychiatria kliniczna*. Warszawa: PZWL; 1989.
2. Jenkins G, Röhrlich F. *From cenesthesias to cenesthopathic schizophrenia: a historical and phenomenological review*. *Psychopathol.* 2007; 40: 361–368.
3. Freud Z. *Objaśnianie marzeń sennych*. Warszawa: Wydawnictwo KR; 2007.
4. *English-French-Germann glossary*. Paris: Expansion Scientifique Française; 1980.
5. Dupré E, Camus P. *Les cenesthopathies*. *Enceph.* 1907; 2: 616–631.
6. Honma F, Kimura M, Endo S, Ohtsu M, Okada T, Satoh T. *Oral cenesthopathy examined by Rorschach test*. *Psychiatry Clin. Neurosc.* 2006; 60: 154–159.
7. Watanabe H, Takahashi T, Tonoike T, Suwa M, Akahori K. *Cenesthopathy in adolescence*. *Psychiatry Clin. Neurosc.* 2003; 57: 23–30.
8. Baruk H. *Précis de psychiatrie*. Paris: Masson et C^{ie}; 1950.
9. Bornsztajn M. *Zarys psychjatrji klinicznej*. Kraków–Lwów–Warszawa: Spółka Wydawnicza Lekarska; 1922.
10. Bornsztajn M. *Wstęp do psychiatrii klinicznej dla lekarzy, psychologów i studentów*. Wyd. II. Łódź: Księgarnia Ludowa; 1948.
11. Kępiński A. *Schizofrenia*. Warszawa: PZWL; 1981.
12. Wichowicz H, Wiśniewski G. *Zasadność posługiwania się pojęciem schizofrenii somatopsychicznej lub cenestopatycznej w świetle analizy materiału chorych leczonych w I Klinice Chorób Psychiczych AMG w latach 1989–1999*. *Przeł. Lek.* 2003; 60, 10: 625–629.
13. Wichowicz HM, Wiśniewski G, Cabała WJ. *Somatopsychic (cenesthetic) schizophrenia: anamnestic and case series study*. *Neurol. Psychiatr. Brain Res.* 2005; 12: 135–140.
14. Mayer-Gross W. *Die Schizophrenie*. W: Bumke O, red. *Handbuch der Geisteskrankheiten*. Bd. IX. Spez. Teil. V. Berlin: Springer; 1932, s. 293–578.
15. Gross G. *The onset of schizophrenia*. *Schiz. Res.* 1997; 28: 187–198.
16. Gross G, Huber G. *The long-term outcome of schizophrenia and related disorders. A critical review*. *Neurol. Psychiatr. Brain Res.* 2000; 8: 121–130.
17. Gross G. *Zur Entwicklung des Basissymptomkonzeptes seit 1955*. W: Gross G, red. *Perspektiven psychiatrischer Forschung un Praxis*. Stuttgart, New York: Schattauer; 1994.
18. Huber G. *Psychiatrie. Lehrbuch für Studium und Weiterbildung*. 7th edn. Stuttgart, New York: Schattauer; 2005.
19. Gross G, Huber G, Klosterkötter J, Linz M. BSABS. *Bonn Schedule for the Assessment of Basic Symptoms*. Aachen: Shaker Verlag; 2008.
20. Huber G, Gross G, Schüttler R. *Schizophrenie. Eine verlaufs- und sozialpsychiatrische Langzeitstudie. Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie*. Bd 21. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 1979. Reprint 1984.
21. Huber G. *Die coenästhetische Schizophrenie*. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 1957; 25, 491–520.
22. Huber G. „Cenesthetic schizophrenia” – a subtype of schizophrenic disease. *Neurol. Psychiatr. Brain Res.* 1992; 1: 54–60.
23. Gross G, Huber G, Klosterkötter J. *The early phase of schizophrenia and prediction of outcome*. *Int. Clin. Psychopharm.* 1998, 13 (supl. 1): 13–21.
24. Gross G, Huber G. *Pain in psychotic disorders*. *Neurol. Psychiatr. Brain Res.* 1996; 4: 87–92.

PODZIĘKOWANIE. Autorzy pracy dziękują Profesorowi Gerdowi Huberowi za twórczą inspirację w badaniach nad koncepcjami schizofrenii cenestopatycznej oraz somatopsychicznej oraz nieocenioną pomoc w kompletowaniu materiału badawczego w tym zakresie.

Adres: Hubert M. Wichowicz
Klinika Chorób Psychiczych
i Zaburzeń Nerwicowych
Katedry Chorób Psychiczych
Gdański Uniwersytet Medyczny
80-952 Gdańsk, ul. Dębinki 7 bud. 25

Otrzymano: 6.02.2009
Zrecenzowano: 6.03.2009
Otrzymano po poprawie: 19.06.2009
Przyjęto do druku: 16.11.2009