



30 години
специалност
„Психология“
във ВТУ

КЛИНИЧНА КАРТИНА И ДИАГНОСТИЧНИ СПЕЦИФИКИ НА ПАРАФРЕНИЯТА И ПЕРСЕКУТОРНАТА ПАРАФРЕНИЯ

Пресиян Бургов*

A CLINICAL PICTURE AND DIAGNOSTIC SPECIFICITIES OF PARAFRENIA AND PERSECUTORY PARAPHRENIA

DOI: 10.54664/HBIK6344

Presiyan Burgov

Abstract: The aim of this article is to present the clinical picture and diagnostic specificities of paraphrenia and persecutory paraphrenia. Paraphrenia can be defined as a chronic psychotic disorder resembling paranoid schizophrenia, but with better preserved affect, the ability to maintain interpersonal relationships, and relatively mild personality degradation. We believe that paraphrenia has not lost its relevance as a distinct diagnostic category, and that it should be included in the new revisions of the International Classification of Diseases and of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. This would improve scientific and clinical research, as well as psychiatric treatment and care of patients with paraphrenia and schizophrenia.

Keywords: paraphrenia; persecutory paraphrenia; paranoid schizophrenia; delusional disorder; atypical psychosis; dementia praecox.

Парафренията може да се дефинира като хронично психотично разстройство, наподобяващо параноидна шизофрения, но

* **Пресиян Бургов** – доцент, доктор по психология, преподавател в катедра „Психология“, Философски факултет, ВТУ „Св. св. Кирил и Методий“, Велико Търново, България. e-mail: p_burgov@abv.bg

с по-добре съхранен афект, способност за поддържане на междупersonални взаимоотношения и относително слаба деградация на личността. Е. Краерелін през 1913 г., систематично описва разстройството за да диференцира група психотични пациенти, които проявяват характерни симптоми на деменция прекокс, но с минимални нарушения на емоциите, волята и изразените заблуди. В последните десетилетия парафренията се диагностицира изключително рядко и не присъства в актуалните ревизии на МКБ и DSM. Въпреки това някои психиатри все още признават това разстройство, но го обозначават като атипична психоза, шизоафективно разстройство или психотично разстройство, неуточно по друг начин, поради липса на по-добра диагностична категория и отчетливи клинични характеристики. (Naguib 1991) С цел по-добро клинично и нозологично дефиниране, А. Ravindran и съавтори издигат предположението, че парафренията трябва да заема централно място и да се приема като специфична диагностична категория в един „параноиден спектър“ между налудното разстройство и параноидната шизофрения. (Ravindran et. all, 1999)

В тази връзка следва да се върнем на концепцията на Е. Краерелін. Той предлага термина „парафрения“, за да дефинира неопределена група хронични психози, които се характеризират с отчетлива и релативно систематизирана система от заблуди, но без патологични нарушения на емоциите и волята. Според него, тези психопатологични характеристики показват, че вътрешната структура на психичния живот остава достатъчно съхранена. Е. Краерелін смята, че парафренията е свързана с интелектуално обедняване (параноидно слабоумие) и параноя, но при нея не се наблюдава класическата деградация на личността, както при шизофренията и пълните клинични характеристики на налудното разстройство. При пациентите с парафрения личностното разпадане е минимално и емоционалната връзка е добре запазена, но въпреки относително доброкачествените си характеристики парафренията е толкова хронична, колкото шизофренията и налудните разстройства. Подобно на параноията, парафренията се

отделя от деменция прекокс и се разглежда като специфично и самостоятелно психотично заболяване. (Arieti 1955) В подкрепа на концепцията на Е. Краерелin можем да добавим и фактът, че при по-голямата част от парафрениците не се постига възстановяване.

Опирайки се на възгледа на Е. Краерелin, френската класическа психиатрия идентифицира поне шест основни психопатологични характеристики на парафрениния синдром:

– делюзии със съноподобни, въображаеми и мегаломански характеристики. При парафренията персекуторните и експанзивни налудни теми обикновено са фантазни, парадоксални, но са организирани помежду си в стройна единна система. Съгласието на пациентите с налудните идеи е твърдо и силно, но не толкова пълно, както при параноята;

– доминиране на паралогичните мисли. Парафренината идеализация обикновено използва символизъм и магически формули, като се опира на универсални архетипи, детски митове и колективни представи за примитиви;

– феномен на биполярността. Парафрениният пациент е привлечен от въображаемия полюс на своя фантастен свят, но лесно може да се отклони от него, за да се върне в реалния свят;

– цялостност на връзката с реалността. В противовес на паралогичното мислене и абсурдността на халюцинаторния свят, парафрениният пациент дълго време поддържа добре запазено междуличностно функциониране и адекватно приспособяване към реалния свят. Прагматичните му способности заедно с интелектуалните и мнемонични остават в голяма степен съхранени;

– ярки и променливи халюцинации (предимно слухови и зрителни, с типично сценични характеристики). Конфабулацията (като пищна и фантастна продукция на паметта) често преобладава при халюцинациите, с развиващи се халюцинаторни теми;

– интегритет на психичното състояние (въпреки, че хипнотичните или подобни на сънища субконфузни фази не са необичайни и са придружени от зрителни халюцинации или въобража-

еми заблуди, те предоставят „плодотворни моменти“ за дневните заблуди). (Pelizza, Bonazzi, 2010)

Е. Краепелін описва и четири различни подтипа на парафренията, а именно „парафрения систематика“, „парафрения експанзива“, „парафрения конфабуланс“ и „парафрения фантастика,,.

Парафрения систематика е основната група парафрении. Нейното клинично начало често е коварно. Делюзиите за референция и преследване се появявали постепенно в продължение на няколко години, често придружени от слухови халюцинации, идеи за пасивност и психическо въздействие със соматичен и мисловен контрол. След няколко години, по време на които постепенно се развивали заблудите за преследване, се появявали и заблуди за величие. Възможно е пациентите да са имали налудности за величие в началото на разстройството. Често се наблюдавали заблуди за спомняне („псевдоспомени,“) с типични конфабулации и заблуждаващи интерпретации на паметта. В тази парафренична подгрупа настроението е било по-често депресивно в началото на разстройството, но впоследствие е ставало еуфорично или дисфорично в резултат на еволюцията на заблуждаващите идеи.

Експанзивната парафрения засяга сравнително малка група пациенти с парафрения. Тя се характеризирала с мании за величие (богати по разнообразието на съдържанието си) и била трайно съпроводена от избухлива мегаломания с екзалтирани или гневни емоции и силна възбуда. Няколко пациенти са имали и ярки зрителни халюцинации. Предполага се тясна връзка между тази парафренична подгрупа и маниакално-депресивната психоза.

Конфабулаторната парафрения също обхваща малка част от болните с парафрения. Нейната отличителна психопатологична характеристика е наличието на „псевдоспомени“ (заблуди за спомняне). Клиничното ѝ начало по-често е коварно и пациентите постепенно проявявали налудности за преследване и величие, които потвърждават техните фалшиви необикновени минали преживявания и конфабулации. В тази парафренична подгрупа

настроението по-често е експанзивно или раздразнително, и е придружено от логорея, ускорени представи и хиперактивност.

Парафрения фантастика се характеризира със силно фантастично и променливо, халюцинаторно съдържание, с типично ексцентрична и непоследователна структура. Е. Краепелин се опитва да разграничи този подтип от парафрения систематика, тъй като халюцинациите при втората са склонни към систематизиране, докато при първия бързо и често се променят. При този подтип на парафренията често се наблюдават заблуди за преследване, психическо влияние, соматична пасивност и грандомания, зрителни и слухови халюцинации, конфабулации и неологизми. Настроението по-често е депресивно, но може да стане експанзивно в резултат на мегаломанските идеи. Предполага се, че този парафреничен подтип е в тясна връзка с параноидния тип на демения прекокс, тъй като делът на влошаване на личността е по-висок. (Pelizza, Bonazzi, 2010)

А. Munro предлага континуум на психотичните разстройства („параноиден спектър“), който варира от халюцинаторно разстройство (параноя) до парафрения и параноидна шизофрения. Той приема парафренията като отделна клинична единица за болни, при които се наблюдават психотични разстройства от параноидния спектър, но се запазва афективната мекота и не се наблюдават разстройства на мисленето и тежко дезорганизирано поведение. (Munro, 1991)

А. Ravindran и съавтори издигат хипотезата, че в клиничната практика често се срещат случаи на параноидно разстройство, при които липсва добре капсулираната система от заблуди на параноята и въпреки това липсват дълбоко разстроени мисловни и личностни процеси, както при параноидната шизофрения. Според авторите крепелиновата парафрения би била приемлива диагноза за тези случаи, ако успее да се докаже, че те образуват кохерентна нозологична група. (Ravindran et al., 1999)

В тази връзка считаме, че особено внимание следва да се обърне на персекуторната парафрения, която според нас в голяма степен е релевантна на описаната от Е. Краепелин парафрения

систематика. Дебюта на персекуторната парафрения обикновено се отнася към тридесет и пет годишна възраст като протичането ѝ е хронично-флукутиращо. В хода на болестта могат да се наблюдават релативно дълги епизоди на дезактуализация на психотичните симптоми и задоволителни равнища на социално вграждане. Липсва обаче формиране на истинска критичност към патологичните преживявания. Въпреки това, за разлика от параноидната шизофрения, тук няма тежка деградация на личността и не се наблюдава кататонна възбуда или кататонен ступор.

„Инициалният стадий на заболяването е с продължителност две, три години. Болният е с повишена обща възбудимост, раздразнителност, неспокоен сън, емоционална неустойчивост с рязко преминаване от мрачна потиснатост към екзалтирана хиперактивност... От това състояние постепенно се навлиза в активния стадий на заболяването, при което се загубва връзка с реалността и болният се преживява като център на наблюдение и организирано преследване; изгражда се стройна параноидна система, която представлява същността на персекуторната парафрения; появяват се множество вербални халюцинации, тематично свързани със системната налудност за преследване. Въпреки активната психотична продукция поведението на болния е подредено. Той умело дисимулира психотичните си преживявания и може успешно да се справя с рутинните си служебни задължения.. (Ачкова, 1996, с. 122)

С развитието на болестта, психозата ескалира и екстремно се повишава налудната тревожност, с преобладаващ компонент на витална застрашеност. Това води до тежка дезорганизация на предходно подреденото поведение на болния, клиничната картина се „обогатява“ с автоматизми и налудни идеи за контрол и въздействие, което блокира способността за социална адаптация и включване. На този етап се налага настаняване в психиатрично заведение и започване на фармакологично лечение с антипсихотици, което дава добър отговор и постепенно води до връщане към релативно нормално личностно функциониране, адекватен контрол на поведението, по-добро тестиране на реалността, нормализиране на мисленето и съхраняване на афекта. „След отзвув-

чаване на острия епизод настъпва терапевтична компенсация на състоянието и психозата следва своя хронично-флукуиращ ход“ (Ачкова, 1996, с. 122) На един по-късен етап от протичането на болестта се активират компенсаторни механизми, които деактуализират персекуторната налудна система.

Можем да обобщим, че наличието на специфична експресия на парафрениите налуден свят, която отличава парафрениите както от по-систематизираните налудности на параноята, така и от по-дезорганизираните налудности на шизофрениите. Изглежда, базовата психопатологична характеристика на парафрениите е особеното изразяване на нейните налудни идеи, които в повечето случаи са ярки, полиморфни и променливи, и предизвикват „биографично прекъсване“ въпреки „здравото“ минало на болния. Наблюдава се замяна на личната биография (основана на реални събития) с друга (по-символична и митологична), която, смесена с остатъчни аспекти от детски псевдоспомени, се „обогря“ с архетипни конструкти от историята на човечеството - вечната борба между Добро и Зло, божествено прераждане и/или метаморфоза.

В заключение следва да кажем, че диагнозата парафрения не е загубила своята полезност и адекватност. Редица психиатри признават и „реставрират“ клиничните специфики на заболяването, обозначавайки го като атипична психоза, шизоафективно разстройство, налудно разстройство или неуточнено психотично разстройство, основно заради липсата на по-добри диагностични критерии и по-точна диагностична категория. Ето защо предлагаме парафрениите да стане диференцируемо и актуално диагностично разстройство, което практикуващите психиатри могат да обозначат като такова. Това би подобрило научните и клинични изследвания, психиатричното лечение и полагаани грижи в областта на парафрениите и шизофрениите. Премахването на една подгрупа от хетерогенните категории, които към момента наричаме шизофрения и налудно разстройство, също би направило изследванията върху парафрениите по-адекватни. Впрочем

същото важи и за други психични заболявания и разстройства, които вече не присъстват в актуалните ревизии на МКБ и DSM.

БИБЛИОГРАФИЯ / REFERENCES

1. Психиатрия под ред. на Ачкова, М. (1996) Изд. „Знание“ ООД // Psihiatria. pod red. na Achkova, M. (1996) Izd. „Znanie“ OOD.

2. American Psychiatric Association (APA) (2000) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, IV edition, text revised. Washington DC, APA Press.

3. Arieti, S. (1955) Interpretation of schizophrenia. New York, Mazel.

4. Munro, A. (1991) A plea for paraphrenia. Can J Psychiatry, 36, pp: 667–672.

5. Naguib, M. (1991) Paraphrenia revisited. Br J Hosp Med, 46, pp: 371–375.

6. Pelizza, L., F. Bonazzi. (2010) What's happened to paraphrenia? A case-report and review of the literature. Acta Biomed, 81, pp:130–140.

7. Ravindran, A., L. Yathan, A. Munro. (1999) Paraphrenia redefined. Can J Psychiatry, 44, pp: 133–7.

8. World Health Organization (WHO) (1992) International classification of diseases, 10th edition, Geneva, WHO Press.