

Współczesna diagnostyka schizofrenii

Contemporary diagnostics of schizophrenia

JACEK WCIÓRKA

Z I Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE. *Przedstawiono współczesne międzynarodowe kryteria rozpoznawania schizofrenii oraz proponowane dwa podejścia do jej subklasyfikacji: oparte na tradycyjnych kategoriach postaci oraz na tzw. wymiarach ujawnianych empirycznie za pomocą analiz czynnikowych. Przedstawiono skale kliniczne najczęściej wykorzystywane do opisu zespołów schizofrenicznych oraz zestawienie częstości najistotniejszych klinicznie grup objawów.*

SUMMARY. *The paper presents contemporary international criteria for diagnosing schizophrenia, and two proposed approaches to their sub-classification. The first approach is based on the traditional schizophrenia subtypes, while the other on the so-called dimensions empirically revealed by means of factor analysis. Clinical scales most frequently used to describe schizophrenic syndromes, and a frequency of clinically most significant groups of symptoms are presented as well.*

Słowa kluczowe: schizofrenia / diagnostyka / klasyfikacja / kryteria
Key words: schizophrenia / diagnostics / classification / criteria

Ostatnich trzydzieści lat przyniosło istotne zmiany w sposobie rozpoznawania zaburzeń schizofrenicznych, polegające jednak może nie tyle na większej jego trafności, co rzetelności. Bardziej trafna ocena diagnostyczna (tj. właściwa, adekwatna do rzeczywistości) wymagałaby bowiem postępu w zakresie określenia istoty tych zaburzeń (ich przyczyn, patogenezy), która, mimo obserwowanego postępu [por. Rybakowski 1998], jest ciągle jeszcze niepoznana lub znana zaledwie hipotetycznie. Ocena bardziej rzetelna (tj. porównywalna, powtarzalna, precyzyjna) wymaga natomiast jedynie wyboru i sprecyzowania kryteriów oraz sekwencji decyzji diagnostycznych prowadzących od fenomenów klinicznych stwierdzonych

w czasie badania do wskazania najbardziej im odpowiadającej kategorii diagnostycznej, choćby jej definicja miała jedynie umowny charakter, nie powiązany w ogóle z jakąkolwiek koncepcją teoretyczną lub powiązany jedynie z modelami hipotetycznymi.

Diagnostyka poszukuje ujęć trafnych i rzetelnych, a niemal stuletnia historia rozwoju koncepcji schizofrenii pokazuje, że dążenia w obu kierunkach dopełniają się. Także i dziś można wskazać, jak precyzyjne i świadome swych racji oraz ograniczeń, lecz bardziej rzetelne ujęcia diagnostyczne wypracowywane w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych zaczynają torować drogę postępowi w badaniach etiopatogenetycznych, np. przez wielowymiarowy opis zespołu [Cuesta, Peralta 1995], przez wykorzystanie wąskiej lub szerokiej formuły jego granic, czy przez tzw. „polidiagnostyczne” analizy konsekwencji wyboru różnych definicji [Berner i wsp. 1983]

¹ Skrócona i zmieniona wersja wykładu wygłoszonego 17 listopada 1997 r., w Warszawie, na II Konferencji Szkoleniowej Ordynatorów: *Zaburzenia schizofreniczne*.

OBJAWY SCHIZOFRENII

Różnorodność objawów obserwowanych w zaburzeniach schizofrenicznych opisywana jest i porządkowana na wiele sposobów, z uwzględnieniem ich fenomenologii (np. objawy wytwórcze i deficytowe), metodyki badania (np. objawy uwewnętrzniane w wypowiedziach lub zachowaniach chorego i wynikające z jego interakcji z badającym, objawy o prostej i złożonej strukturze), czy domniemanej patogenetyki (np. objawy pierwotne i wtórne, pozytywne i negatywne), wartości diagnostycznej (np. objawy osiowe i dodatkowe) czy właściwości predykcyjnych (np. objawy źle i dobrze rokujące). Prowadzi to do krzyżowania się zasad podziału i licznych niekonsekwencji, które nie mają zwykle większego znaczenia praktyczno-klinicznego, lecz bardzo utrudniają rzetelny opis stanu psychicznego chorych.

Podejmowano wiele prób przygotowania narzędzi, które mogłyby uczynić taki opis bardziej rzetelnym. Do najczęściej obecnie wykorzystywanych należą trzy skale.

BPRS – *Brief Psychiatric Rating Scale* [Overall i Gorham, 1962], w oryginalnej wersji jest uproszczoną wersją wielowymiarowej, bardziej rozbudowanej skali IMPS (*Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale*) Lorra i wsp. [za: 1963]. Obejmuje 18 pozycji opisujących zwięźle podstawowe objawy psychotyczne, oceniane następnie za pomocą siedmiopunktowych skal porządkowych (0–6). Zyskała dużą popularność w klinicznych badaniach psychofarmakologicznych. Ma zadowalające właściwości psychometryczne. Jest dostępna w tłumaczeniu polskim. Znana jest też bardziej rozbudowana (24 pozycje) wersja skali opracowana w Kalifornii (BPRS-UCLA) [Lukoff i wsp. 1986].

Objawy zespołów psychotycznych wg BPRS

Dezorganizacja pojęciowa	Emocjonalne wycofanie się	Depresja
Zachowania omamowe	Koncentracja na stanie (zdrowiu) somatycznym	Zahamowanie ruchowe
Pobudzenie	Lęk	Brak współpracy
Postawa wielkościowa	Poczucie winy	Niezwykłe treści myślenia
Podejrzliwość	Napięcie	Dezorientacja
Postawa wroga (wrogość)	Manieryzmy i zastyganie	
Zbłądzenie afektywne		

PANSS – *Positive and Negative Syndrome Scale* [Kay i wsp. 1987]. Jest rozbudowaną skalą (30 pozycji) przygotowaną do badania dwuwymiarowego modelu zespołu schizofrenicznego. Obok 18 pozycji z BPRS wykorzystano tu kilka dodatkowych objawów tej dychotomii, a ponadto, kilkanaście objawów tzw. ogólnopsychiatrycznych. Skala ma szczegółowo opisane przedziały wszystkich pozycji. Oryginalny podręcznik zawiera prosty schemat wywiadu standaryzowanego poprawiający rzetelność jej wykorzystania. W Polsce znane są nieautoryzowane tłumaczenia używane w protokołach badań

klinicznych nowych neuroleptyków. Skala ma dobre właściwości psychometryczne i interesującą strukturę czynnikową, co sprawia iż powoli wypiera BPRS z tych zastosowań.

SANS/SAPS – *Scale for Assessment Negative Symptoms* oraz *Scale for Assessment Positive Symptoms* [Andreasen 1994 a i b] Są to właściwie dwie skale, stanowiące jednak pewną całość. Pomysłane jako operacjonalizacja szeroko znanej koncepcji objawów negatywnych i pozytywnych autorki [Andreasen, Olsen 1982; Andreasen i wsp. 1995], posłużyły do wielu badań nad dwu-

Objawy zespołów schizofrenicznych wg PANSS

<i>Objawy pozytywne</i>	Trudności myślenia abstrakcyjnego	Brak współpracy
Urojenia	Brak spontaniczności /płynności w rozmowie	Niezwykłe treści myślenia
Dezorganizacja pojęciowa	Myślenie stereotypowe	Dezorientacja
Zachowania omamowe	<i>Objawy ogólne</i>	Słabość uwagi
Pobudzenie	Koncentracja na stanie (zdrowiu) somatycznym	Brak rozeznania i wglądu
Postawa wielkościowa	Lęk	Zaburzenia woli
Podęzrliwość	Poczucie winy	Słabość panowania nad impulsami
Postawa wroga (wrogość)	Napięcie	Zaabsorbowanie przeżyciami wewnętrznymi
<i>Objawy negatywne</i>	Manieryzmy i zastyganie	Czynne unikanie kontaktów społecznych
Zblednięcie afektywne	Depresja	
Emocjonalne wycofanie się	Zahamowanie ruchowe	
Słaby kontakt		
Bierność/apatia społeczne		
wycofanie się		

wymiarowym modelem schizofrenii. SANS składa się z czterech, a SAPS z pięciu grup objawów, dalej rozbijanych na różne liczne składniki, służące na ogół do bliższej charakterystyki danej grupy. W większości zastosowań analizowane są wyniki globalnych ocen wspomnianych 9 grup objawów. Wykorzystywana jest tu sześciostopniowa skala

przedziałowa (0–5), przy czym przedziały zdefiniowane są szczegółowo. Opracowany jest też wywiad standaryzowany, podnoszący rzetelność stosowania skali – CASH [Andreasen 1987]. W Polsce znane są co najmniej 3 tłumaczenia skali przygotowane do celów badawczych. Poniższe zestawienie oparte jest na tłumaczeniu Anczewskiej [1996].

Objawy „negatywne” zespołów schizofrenicznych wg SANS

<i>Splycenie/zblednięcie afektywne</i>	<i>Awolicja/apatia</i>
zubożenie ekspresji mimicznej	zaniedbania dbałości o siebie/higieny
zubożenie ruchów spontanicznych	niewytrwałość w pracy/nauce
zubożenie gestów	anergia fizyczna
zubożenie kontaktu wzrokowego	<i>Anhedonia/nieuspołecznienie (asocjalność)</i>
zubożenie odpowiedzi afektywnej	ograniczenie zainteresowań/aktywności czasu wolnego
niedostosowanie afektywne	.. zainteresowań/aktywności seksualnych
zubożenie modulacji głosu	.. zdolności odczuwania intymności i bliskości
<i>Alogia</i>	.. kontaktów z przyjaciółmi i rówieśnikami
zubożenie wypowiedzi (ilościowe)	<i>Zaburzenia uwagi</i>
zubożenie treści wypowiedzi	brak uwagi w sytuacjach społecznych
zablokowanie wypowiedzi	brak uwagi w czasie badania stanu psychicznego
przedłużenie czasu oczekiwania na odpowiedź	

Objawy „pozytywne” zespołów schizofrenicznych wg SAPS

<i>Omamy</i>	urojenia somatyczne	zachowania powtarzające się/ stereotypowe
omamy słuchowe	myśli/urojenia odnoszące	
głosy komentujące	urojenia wpływu	<i>Pozytywne zaburzenia myślenia</i>
głosy dyskutujące	urojenia czytania myśli	kojarzenie bez związku
omamy cenestetyczne/ dotykowe	rozgłaśnianie (odslonięcie)/ ugłośnienie myśli	odpowiedzi odbiegające od tematu
omamy węchowe	nasyłanie myśli	rozkojarzenie (sałata słowna)
omamy wzrokowe	wykradanie myśli	nielogiczność
<i>Urojenia</i>	<i>Zachowania dziwaczne</i>	nadmierna szczegółowość
urojenia prześladowcze	ubiór i wygląd	nadmiar wypowiedzi
urojenia niewiary	zachowania społeczne	rozpraszalność wypowiedzi
urojenia greszności/winy	i seksualne	mowa oparta na związkach fonetycznych
urojenia wielkościowe	zachowania agresywne/ pobudzone	
urojenia religijne		

Podstawowa zaletą wymienionych skal jest – obok ich dobrych właściwości psychometrycznych – szerokie uznanie międzynarodowe. Warto jednak zwrócić uwagę, iż posługują się one dość specyficzną anglosaską tradycją psychopatologiczną oraz wyraźnym wpływem metodologicznych założeń tzw. empirycznego pozytywizmu. Ograniczyło to wyraźnie zawartość tych narzędzi (zwłaszcza PANSS i BPRS), w których pominięto liczne wątki podnoszone np. w niemieckiej, czy francuskiej tradycji psychopatologicznej (np. tzw. zaburzenia poczucia własnego ja, zaburzenia katatoniczne, automatyzm psychiczny, struktura urojeń) oraz spowodowało, iż definicje objawów ograniczają lub eliminują udział wnioskowania opartego na innych czynnościach poznawczych niż obserwacja.

Te ograniczenia sprawiają, iż tworzenie lokalnych narzędzi, odzwierciedlających lokalną tradycję i przyzwyczajenie może być sensowne i usprawiedliwione. Takim narzędziem jest KOSS (*Kliniczna ocena syndromów schizofrenicznych*) przygotowana i sprawdzana w naszej Klinice [Wciórka 1998b]. Częstość i przeciętne nasilenie objawów występujących w zespołach schizofrenicznych w populacji

chorych leczonych w Klinice przedstawia tabl. 1. Analogiczne dane dla innych wymienionych tu skal można znaleźć w innej pracy [Wciórka i wsp. 1998].

Znane są skale bardziej szczegółowo opisujące i oceniające właściwości wielu objawów i grup objawów schizofrenicznych. Ich przedstawienie przerastałoby jednak objętość tego opracowania.

Sygnalizowana przez powyższe zestawienia, trudna do usystematyzowania różnorodność objawów występujących w zespołach schizofrenicznych, była motywem wielu prób określenia zewnętrznych granic schizofrenii i wewnętrznych jej podziałów.

Dzisiejsze koncepcje diagnostyczne schizofrenii znalazły swój może najbardziej dojrzały wyraz w dwóch systemach klasyfikacyjnych – ICD-10 [World Health Organization 1997, 1998]; DSM-IV [American Psychiatric Association 1994] – które mimo pewnych odmienności wykazują daleko idące podobieństwo. Poniżej przedstawiono te najnowsze próby ujęcia i rozwiązania problemów diagnostyki schizofrenii, cieszące się uznaniem międzynarodowych gremiów specjalistów i pretendujące do roli międzynarodowego standardu diagnostycznego.

Tablica 1. Częstość i nasilenie objawów schizofrenicznych wg KOSS u 102 chorych hospitalizowanych kolejno z powodu schizofrenii rozpoznanej wg kryteriów ICD-10.

Wymiary i objawy psychopatologiczne zespołów schizofrenicznych wg KOSS	Średnie nasilenie objawów* [rozpiętość 0-3]	Częstość występowania objawu [%]
Zniekształcanie rzeczywistości	2,01	90
treści urojeniowe	2,01	90
aktywność urojeniowa	1,66	83
omamy	1,28	71
Zaburzenia poczucia siebie	0,95	62
poczucie obcości siebie	0,67	50
poczucie niespójności siebie	0,67	51
poczucie nietożsamości siebie	0,60	44
Rozkojarzenie myślenia	1,25	68
dezorganizacja pojęciowa	0,92	54
dezorganizacja składniowa	0,71	42
dezorganizacja komunikacyjna	1,18	66
Zachowania katatoniczne	0,62	36
zastyganie	0,47	27
negatywizm	0,60	39
„automatyczna uległość”	0,44	41
Objawy deficytowe	1,64	87
zubożenie myślenia	1,55	88
spływanie afektywne	1,66	92
zmniejszenie zainteresowań	2,05	96
Zaburzenia nastroju	1,32	77
nastrój depresyjny	0,74	49
nastrój dysforyczny	0,99	62
nastrój podwyższony	0,31	19
Zaburzenia aktywności	1,62	87
zahamowanie	0,73	44
pobudzenie	0,78	48
Niedostosowanie	1,60	84
niedostosowanie wypowiedzi	1,23	69
niedostosowanie emocjonalne	1,50	81
niedostosowanie zachowania	1,28	70
Brak wglądu chorobowego	1,42	76
brak krytycyzmu	1,95	90
brak poczucia choroby	1,87	88
brak gotowości do leczenia	1,24	65
Trudny kontakt	1,83	93
Autyzm	1,51	76
Lęk	1,28	73
Zaburzenia zagrażające	1,00	57
autoagresywne	0,34	24
agresywne	0,55	33

ZEWNĘTRZNE GRANICE SCHIZOFRENII

Najogólniej, definicje zaburzeń schizofrenicznych w obu omawianych systemach zwracają uwagę na cztery (tabl. 2) ich cechy: charakterystyczny zespół objawów, odpowiedni czas trwania, wykluczenie nasilonych objawów afektywnych oraz wykluczenie uwarunkowań somatogennych. Definicja DSM-IV zawiera ponadto wymóg istotnego obniżenia poziomu funkcjonowania w podstawowych obszarach funkcjonowania psychospołecznego, podkreślając tym samym swój silny związek z prognostycznym sposobem ujmowania schizofrenii przez Kraepelina [1899].

Tradycja wskazywania charakterystycznych objawów zespołu schizofrenicznego zna dwie najczęściej wykorzystywane ich listy (tabl. 3). Pierwsza z nich, zaproponowana przez E. Bleulera [1911] – to tzw. lista objawów osiowych, jako objawów, które cechuje wyższa wartość diagnostyczna w porównaniu z tzw. objawami dodatkowymi. Druga, opracowana przez K. Schneidera [1971], to lista objawów pierwszorzędowych, tzn. objawów w większej wartości diagnostycznej w porównaniu z objawami drugorzędowymi. Trzeba podkreślić, że oryginalnie żadnej z tych list nie przypisywano waloru patognomniczności, o czym później często zapomniano. W przypadku niewystępowania objawów

Tablica 2. Ogólne cechy zaburzeń schizofrenicznych wg ICD-10 i DSM-IV – porównanie

ICD-10	DSM-IV
charakterystyczne objawy	charakterystyczne objawy
podostry czas trwania objawów: tj. co najmniej 1 miesiąc objawów fazy aktywnej	podprzewlekły czas trwania objawów: tj. co najmniej 6 miesięcy, w tym: co najmniej 1 miesiąc objawów fazy aktywnej, a poza tym objawy fazy zwiastunowej lub rezydualnej
---	gorsze funkcjonowanie (w obszarach: pracy, stosunków międzyludzkich, dbałości o siebie samego)
wykluczenie objawów afektywnych: przesłanka kolejności, tj. zespół schizofreniczny przed afektywnym	wykluczenie objawów afektywnych: przesłanka proporcji, tj. zespół schizofreniczny przeważa klinicznie nad nasileniem zespołu afektywnego
wykluczenie przyczyn organicznych	wykluczenie przyczyn organicznych

Tablica 3. Listy K. Schneidera i E. Bleulera – porównanie (wg Bernera)

Lista Schneidera: objawy pierwszorzędowe	Lista Bleulera: objawy osiowe
co najmniej jeden z	co najmniej jeden z:
1. spostrzeżenie urojeniowe	1. zaburzenia afektu
2. oddziaływania (psychika: wola, afekt, impulsy)	2. zaburzenia woli/działania
3. odciąganie/nasyłanie myśli	3. zaburzenia poczucia własnego ja
4. komentarze (głosy)	4. zaburzenia asocjacji (formalne zaburzenia myślenia)
5. dyskusje (głosy)	5. autyzm
6. odsłonięcie myśli	6. ambiwalencja
7. oddziaływania (ciało)	
8. ugiśnienie myśli	

osiowych lub pierwszorzędowych rozpoznanie mogło być ustalane na podstawie innych mniej charakterystycznych objawów. Było ono jednak mniej pewne.

Przypomnienie tych tradycyjnych ujęć zwraca uwagę na ich aktualność w obu systemach współczesnych [tabl. 4], które stanowią połączenie obu list, choć z wyraźną preferencją dla listy Schneidera, która zawiera objawy znacznie łatwiejsze do rzetelnego stwierdzenia, niż lista objawów osiowych. Na tę właściwość i praktyczną wartość diagnostyczną objawów pierwszorzędowych zwraca uwagę Klosterkötter [1995]. Podkreśla on, że, mimo wielkiej uwagi, jaką w ostatnich latach przykłada się do symptomatyki deficytowej („negatywnej”), symptomatyka wytwórcza („pozytywna”) przez swą kliniczną czytelność zachowuje swego rodzaju prymat. Oba systemy, choć z różnym naciskiem dzielą charakterystyczne objawy na takie, których wartość diagnostyczna jest wyższa (wystarczy stwierdzenie pojedynczego objawu, by spełnić kryterium symptomatologiczne) i takie, których wartość jest mniejsza (należy ich stwierdzić co najmniej dwa).

Oba systemy wprowadzają pojęcie aktywnej fazy zaburzeń, tzn. takiej, w której wystę-

pują wspomniane już objawy uważane za charakterystyczne. W obu przypadkach – dopiero dłuższe niż miesiąc trwania tej fazy pozwala na rozpoznanie schizofrenii. Krócej trwające wystąpienie nawet charakterystycznych objawów nie pozwala na to, skłaniając do rozpoznania tzw. ostrych przemijających zaburzeń psychotycznych z objawami schizofrenicznymi. DSM-IV wprowadza pojęcie objawów zwiastunowych i rezydualnych, które mogą dopełniać w przebiegu zaburzeń fazę aktywną do wymaganego tu 6-miesięcznego czasu trwania całości zaburzeń. Objawy zwiastunowe i rezydualne mają podobny obraz a różnią się usytuowaniem czasowym wobec fazy aktywnej – objawy zwiastunowe występują przed nią, a rezydualne – po niej. W DSM-IV zrezygnowano z wcześniej (DSM-III-R) [APA 1987] rozbudowanej definicji tych dopełniających objawów, na rzecz określenia bardziej ogólnikowego, łatwiej sprawdzającego się w praktyce klinicznej (tabl. 5). W ICD-10, mimo wstępnych prób, nie zdecydowano na włączenie objawów zwiastunowych czy rezydualnych do definicji schizofrenii, ze względu na zbyt mało czytelny i specyficzny ich charakter.

Wykluczające kryteria obu systemów dotyczą współwystępowania zespołów afektyw-

Tablica 4. Charakterystyczne objawy schizofrenii wg ICD-10 i DSM-IV – porównanie

ICD-10	DSM-IV
<p>co najmniej jeden z:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. echo, nasyłanie, zabieranie, rozgłaśnianie myśli 2. urojenia oddziaływania, o władnięciu wpływu, spostrzeżenie urojeniowe 3. głosy komentujące/dyskutujące, inne zlokalizowane wewnątrz ciała 4. urojenia dziwaczne przewlekłe 	<p>*co najmniej jeden z:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. głosy komentujące/dyskutujące 2. urojenia dziwaczne
<p>co najmniej dwa z:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. utrwalone omamy: albo przewlekłe, albo z urojeniami asyntymicznymi, albo z myślami nadwartościowymi 2. dezorganizacja myślenia 3. dezorganizacja zachowania 4. objawy negatywne 	<p>co najmniej dwa z:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. urojenia 2. omamy 3. dezorganizacja myślenia 4. dezorganizacja zachowania 5. objawy negatywne

* kryterium nie wymienione w zasadniczym zestawieniu, lecz w dodatkowej uwadze

Tablica 5. Objawy zwiastunowe/rezydualne w kolejnych wersjach systemu DSM [APA 1987, 1994]

DSM-III-R	DSM-IV
<p><i>co najmniej 2 z następujących:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. wyraźna izolacja społeczna lub wycofanie się, 2. wyraźne obniżenie pełnienia roli osoby zarabiającej, uczącej się, utrzymującej dom, 3. wyraźnie niezwykle zachowanie (np. zbieranie odpadków, mówienie do siebie publicznie, gromadzenie żywności) 4. wyraźne zaniedbanie w zakresie higieny osobistej i utrzymywania porządku 5. spleceny i niedostosowany afekt 6. wypowiedzi rozwlekłe, puste, nadmiernie wypracowane lub drobiazgowo, albo zubożenie wypowiedzi, albo ubóstwo treści wypowiedzi 7. dziwne przekonania albo myślenie magiczne, wpływające na zachowanie i niespójne z normami kulturowymi, [np. przesądność, wiara w jasnowidzenie, telepatię, „szósty zmysł”, że „inni odczuwają moje uczucia”], myśli nadwartościowe, nastawienia odnoszące. 8. niezwykle doznania zmysłowe, np. powracające złudzenia, odczuwanie obecności siły lub osoby aktualnie nieobecnej 	<ol style="list-style-type: none"> 9. wyraźny brak inicjatywy, zainteresowań lub energii wyłącznie objawy negatywne lub co najmniej dwa objawy charakterystyczne, lecz w postaci nie wyrażonej w pełni (np. dziwaczne przekonania lub doznania zmysłowe zamiast urojeń czy omamów)

nych oraz potwierdzonych uwarunkowań somatogennych. Warto tu zwrócić uwagę na to, iż moc wykluczającą mają nie tyle objawy zaburzeń nastroju, pospolite w schizofrenii, co bardziej całościowe zespoły zaburzeń nastroju, przy czym ICD-10 analizuje głównie kolejność ich występowania, a DSM-IV – wzajemne nasilenie. Takie niehierarchiczne podejście do wartości diagnostycznej objawów afektywnych jest pewnym *novum* w diagnostyce schizofrenii. Tradycyjnie, zgodnie z hierarchią diagnostyczną postulowaną jeszcze przez Jaspersa [1911], zaburzenia procesualne (do jakich zaliczano schizofrenię) zachowywały prymat w rozpoznawaniu nad zaburzeniami okresowymi (do nich zaliczano zaburzenia afektywne). Ta zasada we współczesnych systemach nie funkcjonuje i w przypadku epizodów afektywnych, współwystępowanie z nimi objawów psychotycznych, nawet charakterystycznych dla schizofrenii, nie oznacza automatycznie rozpoznania schizofrenii. Dopiero analiza ich

wzajemnych relacji czasowych i intensywności daje wskazówki do rozpoznania schizofrenii lub zaburzeń afektywnych (z objawami psychotycznymi niespójnymi z nastrojem), bądź zaburzeń schizoafektywnych (jednoczasowość i porównywalność nasilenia), lub do postawienia obu rozpoznań naraz (w przypadku utrzymujących się wątpliwości).

Kryterium wykluczenia objawów somatogennych jest w obu systemach bardzo podobnie ujęte i sprowadza się do wykluczenia uwarunkowań związanych z istotną patologią o.u.n. oraz zaburzeń związanych z fizjologicznym wpływem substancji psychoaktywnych (intoksykacją, odstawieniem). Zagadnienie wzajemnych relacji objawów schizofrenicznych (lub podobnych do schizofrenii) i różnorodnego wpływu substancji na organizm jest jednak w praktyce daleko bardziej skomplikowane niż sugerują to proste formuły kryteriów i nierzadko daje się rozstrzygnąć dopiero w czasie długoletniej obserwacji dynamiki i następstw epizodów psy-

chotycznych z jednej strony, a związku zależności pacjenta od substancji – z drugiej.

Inwentarze diagnostyczne przydatne w rozpoznawaniu schizofrenii wg obu porównywalnych tu systemów diagnostycznych zamieszczono w aneksie.

WEWNĘTRZNE PODZIAŁY SCHIZOFRENII

Podejście kategoryjne

W tym tradycyjnym podejściu wyodrębnia się kilka kategorii diagnostycznych (postaci, typów), z których każda uważane jest za jakościowo odrębną od pozostałych. Część z nich (paranoidalna, katatoniczna, hebefreniczna/zdezorganizowana) cechuje się dominacją określonych objawów, inne wyróżniane są ze względu na odmienną dynamikę objawów (rezydualna, prosta), a postać nieodróżnicowana, ze względu na trudności we wskazaniu bardziej charakterystycznych cech zaburzeń. Zestawienie takich kategorii proponowanych przez współczesne systemy przedstawia tabl. 6, a rzut oka na nią pokazuje, że są one w obu systemach analogiczne.

Postać *paranoidalna* charakteryzowana jest jako postać z dominacją objawów wytwórczych (urojeń, halucynacji). W postaci *hebefrenicznej/zdezorganizowanej* dominują objawy dezorganizacji myślenia, afektu i zachowania, zwykle przy słabo zaakcentowanych w całości obrazu objawach wytwórczych. W postaci katatonicznej dominują

charakterystyczne zaburzenia ruchu i kontaktu. W postaci *nieodróżnicowanej* obraz pozostaje zbyt mało charakterystyczny, by przypisać obserwowany zespół objawów jednej z powyższych postaci.

Postać *rezydualna* cechuje się w ujęciu obu systemów jako postać z mniej nasilonymi, lecz przewlekłe wyępującymi objawami głównie (choć nie tylko) negatywnymi. Jej rozpoznanie wymaga jednak wcześniejszego występowania (wywiad) bardziej charakterystycznych epizodów choroby, dla których ten obserwowany przewlekłe i względnie ustabilizowany stan jest rodzajem pozostałości (*residuum*). Klasyfikacja nie używa tu terminu defekt, który silnie determinowałby traktowanie takiego stanu jako nieodwracalnego.

To pozwala odróżnić opisaną postać od postaci *prostej*, w której postępujące obniżenie i zmiana funkcjonowania (linii życiowej) oraz nasilanie się symptomatologii deficytowej („negatywnej”) nie jest poprzedzane jakimkolwiek epizodem charakterystycznych objawów schizofrenicznych. Jest to pewna niekonsekwencja diagnostyczna, ponieważ w przypadku postaci *prostej* nie występują i nie występowały w wywiadzie objawy uważane w obu klasyfikacjach za charakterystyczne dla schizofrenii. Miejsce i znaczenie schizofrenii *prostej* w diagnostyce schizofrenii od dawna budzą wiele sporów. Toczono je także i przy przygotowywaniu tych klasyfikacji. Ostateczne pozostawienie postaci

Tablica 6. Postaci schizofrenii wg ICD-10 i DSM-IV

ICD-10	DSM-IV*
paranoidalna	paranoidalna
hebefreniczna	zdezorganizowana
katatoniczna	katatoniczna
nieodróżnicowana	nieodróżnicowana
rezydualna	rezydualna
depresja poschizofreniczna	<i>popsychotyczne zaburzenie depresyjne</i>
prosta	<i>proste zaburzenie deterioracyjne</i>

* postaci wypisane kursywą traktowane są tu jako tymczasowe, wymagające jeszcze badań przed ostatecznym włączeniem lub niewłączeniem do klasyfikacji

prostej w ICD-10 wynikało z popularności i przywiązania do tej kategorii w niektórych miejscach na świecie, ale z zaznaczeniem, iż nie jest to kategoria specjalnie zalecana. W DSM-IV zdecydowano nie włączać jej do klasyfikacji, a zaproponować jedynie tymczasowe kryteria analogicznej kategorii (*proste zaburzenie deterioracyjne*), której przynależność do schizofrenii i potrzeba wyodrębnienia wymaga jeszcze przekonujących wyników badań.

Jedyną „nową” kategorią w tym zestawieniu jest *depresja popsychotyczna* wyróżniona ze względu na swe częstość i doniosłość kliniczną (zwłaszcza ryzyko samobójstwa). Jest ona definiowana jako epizod depresji występujący zasadniczo po ustąpieniu charakterystycznych objawów epizodu schizofrenicznego, choć niektóre z nich w łagodniejszej postaci mogą jeszcze występować. Potrzebę docenienia tego typu stanu klinicznego oraz właściwego postępowania w przypadku jego wystąpienia dostrzegano od dawna. Nie ma jasności, czy przyczyn takiej depresji należy szukać w biologicznych mechanizmach towarzyszących wystąpieniu i ustępowaniu objawów schizofrenicznych, w mechanizmach farmakogennych, czy w mechanizmach psychologiczno-reaktywnych związanych z ustępowaniem kryzysu psychotycznego. Te wątpliwości sprawiły zapewne, iż autorzy DSM-IV uznali, iż proponowanie takiej postaci byłoby przedwczesne i zaproponowali jedynie kryteria do dalszych badań nad jej obrazem i znaczeniem, które zdecydują o jej losach w przyszłości.

Jak łatwo zauważyć z dotychczasowych rozważań, punkt ciężkości w rozpoznawaniu schizofrenii w obu klasyfikacjach przemieścił się wyraźnie z płaszczyzny syndromologicznej na płaszczyznę nozologiczną. Klasyfikacje wiele dokładniej i szczegółowo definiują zewnętrzne granice schizofrenii (czyli wspólne cechy wszystkich zespołów schizofrenicznych) niż jej wewnętrzne podziały (poszczególne zespoły schizofreniczne). Jest to tendencja, która narzuca koncepcję schizofrenii jako jednej choroby (monogenicz-

ności). Nie bardzo odpowiada ona wielu starszym, ale zwłaszcza wielu współczesnym wynikom badań nad patogenezą, które sugerują adekwatność koncepcji poligenicznych czy heterogenicznych. Z drugiej strony takie ustawienie akcentów w diagnostyce schizofrenii może wynikać z wątpliwości dotyczących wartości tych tradycyjnych subkategorii schizofrenicznych. Często podkreśla się, iż niektóre z nich (katatonía, hebefrenia, prosta) rozpoznawane są zdecydowanie rzadko, że wszystkie cechuje niewielka stabilność i wartość prognostyczna w obserwacji wieloletniej (podłużnej) oraz znaczne nakładanie się i wątpliwości różnicowe w przekrojowej (poprzecznej) ocenie aktualnego stanu psychicznego. Niewielkie też w istocie wskazówki płyną z rozpoznania tej czy innej postaci. To nieukontentowanie tradycyjnym, kategoryalnym podziałem schizofrenii prowadzi do alternatywnych prób opisu jej – jakże bogatego – wewnętrznego zróżnicowania. Rozwiązanie proponowane współcześnie zbiegają do podejścia operującego pojęciem wymiarów diagnostycznych [Andreasen i wsp. 1995, Cuesta i Peralta 1995].

Podejście wymiarowe

W odróżnieniu od podejścia kategoryalnego nie proponuje ono wydzielenia subkategorii (postaci, typów) schizofrenii, lecz charakteryzowanie wewnętrznego zróżnicowania przy pomocy kilku wyodrębnionych wymiarów (dymensji, obszarów, osi, aspektów), tzn. pewnych charakterystycznych cech obrazu psychopatologicznego możliwych do oceny ilościowej (mniej lub więcej danej cechy). Taki sposób opisu zjawisk klinicznych nie jest w psychiatrii nowy (por. Kretschmer, Eysenck). W ostatnich latach ten sposób myślenia o psychopatologii schizofrenii proponuje w Polsce Jarosz [1993], posługując się starym terminem proporcji. Dla badań nad schizofrenią bezcenne okazałoby się wyodrębnienie takich wymiarów schizofrenii, z którymi można by powiązać np. pewne mechanizmy patogenetyczne,

chotycznych z jednej strony, a związku zależności pacjenta od substancji – z drugiej.

Inwentarze diagnostyczne przydatne w rozpoznawaniu schizofrenii wg obu porównywalnych tu systemów diagnostycznych zamieszczono w aneksie.

WEWNĘTRZNE PODZIAŁY SCHIZOFRENII

Podejście kategoriale

W tym tradycyjnym podejściu wyodrębnia się kilka kategorii diagnostycznych (postaci, typów), z których każda uważane jest za jakościowo odrębną od pozostałych. Część z nich (paranoidalna, katatoniczna, hebefreniczna/zdezorganizowana) cechuje się dominacją określonych objawów, inne wyróżniane są ze względu na odmienną dynamikę objawów (rezydualna, prosta), a postać nieodróżnicowana, ze względu na trudności we wskazaniu bardziej charakterystycznych cech zaburzeń. Zestawienie takich kategorii proponowanych przez współczesne systemy przedstawia tabl. 6, a rzut oka na nią pokazuje, że są one w obu systemach analogiczne.

Postać *paranoidalna* charakteryzowana jest jako postać z dominacją objawów wytwórczych (urojeń, halucynacji). W postaci *hebefrenicznej/zdezorganizowanej* dominują objawy dezorganizacji myślenia, afektu i zachowania, zwykle przy słabo zaakcentowanych w całości obrazu objawach wytwórczych. W postaci katatonicznej dominują

charakterystyczne zaburzenia ruchu i kontaktu. W postaci *nieodróżnicowanej* obraz pozostaje zbyt mało charakterystyczny, by przypisać obserwowany zespół objawów jednej z powyższych postaci.

Postać *rezydualna* cechuje się w ujęciu obu systemów jako postać z mniej nasilonymi, lecz przewlekłe występującymi objawami głównie (choć nie tylko) negatywnymi. Jej rozpoznanie wymaga jednak wcześniejszego występowania (wywiad) bardziej charakterystycznych epizodów choroby, dla których ten obserwowany przewlekłe i względnie ustabilizowany stan jest rodzajem pozostałości (*residuum*). Klasyfikacja nie używa tu terminu defekt, który silnie determinowałby traktowanie takiego stanu jako nieodwracalnego.

To pozwala odróżnić opisaną postać od postaci *prostej*, w której postępujące obniżenie i zmiana funkcjonowania (linii życiowej) oraz nasilanie się symptomatologii deficytowej („negatywnej”) nie jest poprzedzane jakimkolwiek epizodem charakterystycznych objawów schizofrenicznych. Jest to pewna niekonsekwencja diagnostyczna, ponieważ w przypadku postaci *prostej* nie występują i nie występowały w wywiadzie objawy uważane w obu klasyfikacjach za charakterystyczne dla schizofrenii. Miejsce i znaczenie schizofrenii *prostej* w diagnostyce schizofrenii od dawna budzą wiele sporów. Toczono je także i przy przygotowywaniu tych klasyfikacji. Ostateczne pozostawienie postaci

Tablica 6. Postaci schizofrenii wg ICD-10 i DSM-IV

ICD-10	DSM-IV*
paranoidalna	paranoidalna
hebefreniczna	zdezorganizowana
katatoniczna	katatoniczna
nieodróżnicowana	nieodróżnicowana
rezydualna	rezydualna
depresja poschizofreniczna	<i>popsychotyczne zaburzenie depresyjne</i>
prosta	<i>proste zaburzenie deterioracyjne</i>

* postaci wypisane kursywą traktowane są tu jako tymczasowe, wymagające jeszcze badań przed ostatecznym włączeniem lub niewłączeniem do klasyfikacji

prostej w ICD-10 wynikało z popularności i przywiązania do tej kategorii w niektórych miejscach na świecie, ale z zaznaczeniem, iż nie jest to kategoria specjalnie zalecana. W DSM-IV zdecydowano nie włączać jej do klasyfikacji, a zaproponować jedynie tymczasowe kryteria analogicznej kategorii (*proste zaburzenie deterioracyjne*), której przynależność do schizofrenii i potrzeba wyodrębnienia wymaga jeszcze przekonujących wyników badań.

Jedyną „nową” kategorią w tym zestawieniu jest *depresja popsychotyczna* wyróżniona ze względu na swe częstość i doniosłość kliniczną (zwłaszcza ryzyko samobójstwa). Jest ona definiowana jako epizod depresji występujący zasadniczo po ustąpieniu charakterystycznych objawów epizodu schizofrenicznego, choć niektóre z nich w łagodniejszej postaci mogą jeszcze występować. Potrzebę docenienia tego typu stanu klinicznego oraz właściwego postępowania w przypadku jego wystąpienia dostrzegano od dawna. Nie ma jasności, czy przyczyn takiej depresji należy szukać w biologicznych mechanizmach towarzyszących wystąpieniu i ustępowaniu objawów schizofrenicznych, w mechanizmach farmakogennych, czy w mechanizmach psychologiczno-reaktywnych związanych z ustępowaniem kryzysu psychotycznego. Te wątpliwości sprawiły zapewne, iż autorzy DSM-IV uznali, iż proponowanie takiej postaci byłoby przedwczesne i zaproponowali jedynie kryteria do dalszych badań nad jej obrazem i znaczeniem, które zdecydują o jej losach w przyszłości.

Jak łatwo zauważyć z dotychczasowych rozważań, punkt ciężkości w rozpoznawaniu schizofrenii w obu klasyfikacjach przeniósł się wyraźnie z płaszczyzny syndromologicznej na płaszczyznę nozologiczną. Klasyfikacje wiele dokładniej i szczegółowo definiują zewnętrzne granice schizofrenii (czyli wspólne cechy wszystkich zespołów schizofrenicznych) niż jej wewnętrzne podziały (poszczególne zespoły schizofreniczne). Jest to tendencja, która narzuca koncepcję schizofrenii jako jednej choroby (monogenicz-

ności). Nie bardzo odpowiada ona wielu starszym, ale zwłaszcza wielu współczesnym wynikom badań nad patogenezą, które sugerują adekwatność koncepcji poligenicznych czy heterogenicznych. Z drugiej strony takie ustawienie może wynikać z wątpliwości dotyczących wartości tych tradycyjnych subkategorii schizofrenicznych. Często podkreśla się, iż niektóre z nich (katatonía, hebefrenia, prosta) rozpoznawane są zdecydowanie rzadko, że wszystkie cechuje niewielka stabilność i wartość prognostyczna w obserwacji wieloletniej (podłużnej) oraz znaczne nakładanie się i wątpliwości różnicowe w przekrojowej (poprzecznej) ocenie aktualnego stanu psychicznego. Niewielkie też w istocie wskazówki płyną z rozpoznania tej czy innej postaci. To nieukontentowanie tradycyjnym, kategorialnym podziałem schizofrenii prowadzi do alternatywnych prób opisu jej – jakże bogatego – wewnętrznego zróżnicowania. Rozwiązanie proponowane współcześnie zbiegają do podejścia operującego pojęciem wymiarów diagnostycznych [Andreasen i wsp. 1995, Cuesta i Peralta 1995].

Podejście wymiarowe

W odróżnieniu od podejścia kategorialnego nie proponuje ono wydzielenia subkategorii (postaci, typów) schizofrenii, lecz charakteryzowanie wewnętrznego zróżnicowania przy pomocy kilku wyodrębnionych wymiarów (dymensji, obszarów, osi, aspektów), tzn. pewnych charakterystycznych cech obrazu psychopatologicznego możliwych do oceny ilościowej (mniej lub więcej danej cechy). Taki sposób opisu zjawisk klinicznych nie jest w psychiatrii nowy (por. Kretschmer, Eysenck). W ostatnich latach ten sposób myślenia o psychopatologii schizofrenii proponuje w Polsce Jarosz [1993], posługując się starym terminem proporcji. Dla badań nad schizofrenią bezcenne okazałoby się wyodrębnienie takich wymiarów schizofrenii, z którymi można by powiązać np. pewne mechanizmy patogenetyczne,

pewne sugestie rokownicze, czy wskazówki terapeutyczne. Pierwszym krokiem w kierunku takich rozwiązań była propozycja Crowa [1980, 1985] i Andreasen [1982], wyodrębnienia pozytywnego i negatywnego wymiaru schizofrenii. Nie pojawiła się ona oczywiście jak *deus ex machina*, lecz odpowiadała licznym wcześniejszym dychotomiom podkreślającym podobne, kontrastujące elementy obrazu schizofrenii:

przewlekłe – ostre
 minus – plus
 pierwotne – wtórne
 osiowe – dodatkowe
 ubytkowe – wytwórcze
 hipofazowe – hiperfazowe
 ubogie – bogate
 rezidualne – czynne
 procesualne – nieprocesualne
 nieparanoidalne – paranoidalne

Taki dwuwymiarowy model schizofrenii (tabl. 7) badano intensywnie w latach osiemdziesiątych. Zaproponowano narzędzia do opisu obu tych wymiarów symptomatologicznych: SANS/SAPS, PANSS. Korelowano zdefiniowane w ten sposób wymiary obrazu klinicznego z innymi wskaźnikami klinicznymi, wynikiem terapii, wskaźnikami neurofunkcjonalnymi, neurostrukturalnymi, genetycznymi i psychospołecznymi. Potwierdzono płodność takiego podejścia metodologicznego, choć wyniki badań okazały się nie dość jednoznaczne, a nawet wykazały, iż taki prosty model jest nazbyt dużym uproszczeniem [Andreasen i wsp., 1995, Lenzenweger 1996].

Tablica 7. Zespół schizofreniczny: model dwuwymiarowy w podstawowych ujęciach

Crow [1980,1985] – analiza teoretyczna	
Andreasen [1981] – SANS,SAPS	
objawy negatywne	objawy pozytywne

Wspomniany model był ostatnim modelem wydedukowanym z doświadczeń klinicznych. Tym co nowe i charakterystyczne dla lat dziewięćdziesiątych jest poszukiwanie wymiarów nie z pomocą drobiazgowej analizy klinicznej, lecz w sposób pośredni – poprzez odtwarzanie wewnętrznej struktury zespołów schizofrenicznych ukrytej za obserwowanym klinicznie zróżnicowaniem ich obrazu psychopatologicznego. Pomocą są tu statystyczne metody badania takiej struktury – analiza czynnikowa, skalowanie wielowymiarowe, analiza wiązkowa – polegające na poszukiwaniu możliwości scharakteryzowania złożonych zjawisk za pośrednictwem możliwie niewielkiej liczby zmiennych opisujących naturalne zróżnicowanie tych zjawisk w sposób możliwie prosty, ale sensowny.

Badania prowadzone początkowo głównie przy pomocy skal SANS/SAPS opisujących podstawowych 9 grup objawów pozytywnych (urojenia, omamy, dziwaczne zachowania, pozytywne zaburzenia myślenia) i negatywnych (spływanie/zblednięcie afektywne, awolacja/apatia, anhedonia/nieuspołecznienie, zaburzenia uwagi) często wskazywały na konieczność wyodrębnienia jeszcze jednego czynnika (wymiaru) grupujące objawy dezorganizacji zachowania (dziwaczne zachowania) i myślenia (pozytywne zaburzenia myślenia), które nie mieściły się lub mieściły się z trudem w grupie objawów pozytywnych i negatywnych. To doprowadziło do propozycji modelu trójczynnikowego zaproponowanego w pierw przez Liddle'a [1998], a potem przez wielu innych (tabl. 8). Zwłaszcza jednak koncepcja Liddle'a w interesujący sposób interpretuje znaczenie wyodrębnionych wymiarów, nazywając je wymiarami zniekształcenia rzeczywistości, zaburzenia psychomotorycznego i dezorganizacji.

Model trójwymiarowy zyskał tyle uznanie autorów DSM-IV, iż zdecydowali się wprowadzić go tego podręcznika jako propozycję alternatywnego opisu schizofrenii do wykorzystania i sprawdzenia w nowych badaniach. Wprowadzenie dezorganizacji (myślenia, zachowania, afektu) jako wymiaru

schizofrenii można uważać z potwierdzenie poglądu E. Bleulera o podstawowym (pierwotnym etiopatogenetycznie i osiowym diagnostycznie) znaczeniu rozkojarzenia myślenia w psychopatologii schizofrenii.

W ten sposób psychopatologia schizofrenii składałaby się obok elementu ograniczenia funkcji (objawy deficytowe, „negatyw-

ne”), z elementu dezorganizacji procesów psychicznych oraz ich poznawczej reinterpretacji (objawy wytwórcze, „pozytywne”, czy zniekształcenie rzeczywistości).

Wprowadzenie i zastosowanie w badaniach skali PANSS, zaproponowanej jako bardziej rozbudowane (30 pozycji) narzędzie do badania pozytywnego i negatywnego ze-

Tablica 9. Zespół schizofreniczny: modele cztero- i pięciowymiarowy

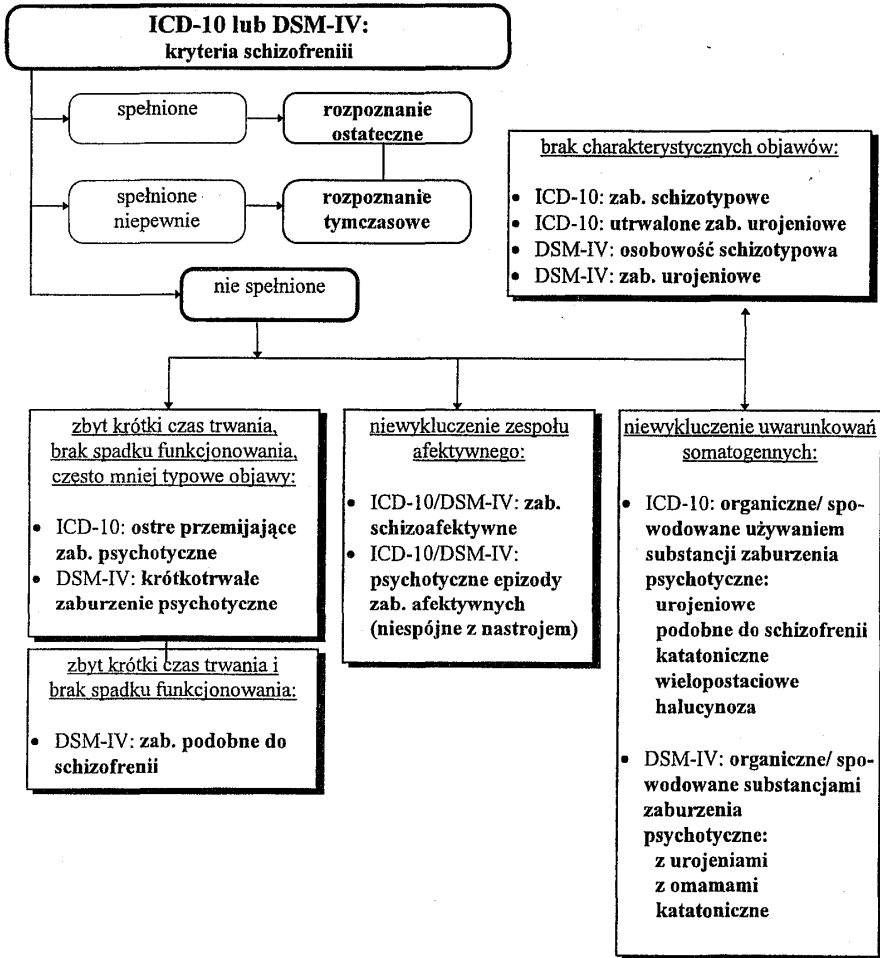
Model czterowymiarowy				
<i>Kay i wsp. [1990] – PANSS – „model piramidowy”</i>				
objawy pozytywne	objawy negatywne	pobudzenie	objawy depresyjne	
<i>Loas i wsp. [1997] – PANSS</i>				
pozytywny/wrogość	objawy negatywne	dezorganizacja/ impulsywność	depresyjno-lękowy	
Model pięciowymiarowy				
<i>Lindenmayer [1995] – PANSS</i>				
<i>Lindström i wsp. (1995) – PANSS [za von Knorring 1995]</i>				
składnik negatywny	składnik pozytywny	składnik pobudzenia	składnik depresyjny/lękowy	składnik poznawczy
<i>Kawasaki i wsp. [1995] – PANSS</i>				
objawy negatywne	urojenia/ halucynacje	wrogość/ pobudzenie	składnik depresyjny	zaburzenia myślenia
<i>Kitamura i wsp. [1995] – inwentarz oparty na objawach ICD-10</i>				
objawy negatywne (defekt)	objawy pozytywne	objawy maniakalne	objawy depresyjne	objawy katatoniczne
<i>Wciórka i wsp. [1997] – KOSS-W</i>				
deficyt psychotyczny	deformacja psychotyczna	dezorganizacja zachowania	zaburzenie afektywne	dezorganizacja poznawcza

Tablica 10. Cechy przebiegu schizofrenii wg ICD-10 i DSM-IV – porównanie

ICD-10	DSM-IV
ciągły	ciągły
epizodyczny z postępującym deficytem epizodyczny ze stabilnym deficytem	epizodyczny z objawami rezydualnymi między epizodami
epizodyczny remitujący	epizodyczny bez objawów rezydualnych
niepełna remisja	pojedynczy epizod – częściowa remisja
pełna remisja	pełna remisja
inne, niepewne	inne, niepewne

społu (wymiaru) schizofrenii, zwróciło uwagę na bardziej jeszcze złożoną strukturę zespołu. To zrozumiałe, że wprowadzania nowych objawów wskazuje na te elementy struktury, które przy uboższym opisie są pomijane lub „znikają w tłumie” innych. Badania przy pomocy PANSS pozwoliły na zaproponowanie cztero- i pięciowymiarowych modeli zespo-

łów schizofrenicznych. Nowymi elementami opisu stały się zwłaszcza: wymiar afektywny (głównie depresja) oraz rozdzielenie dezorganizacji na składniki bardziej behawioralne i bardziej poznawcze. Podobne rozwiązania uzyskano także przy zastosowaniu innych bogatszych psychopatologicznie narzędzi diagnostycznych (tabl. 9).



Rysunek 1. Schemat różnicowania schizofrenii od innych zaburzeń psychotycznych

Znaczenie tych nowych szczegółów struktury zespołu schizofrenicznego wymaga jeszcze dalszych badań, prób interpretacji i korelacji z innymi danymi empirycznymi.

We własnych, niepublikowanych jeszcze badaniach [Wciórka 1998a], w których porównywano wyniki analiz czynnikowych zespołów schizofrenicznych zdefiniowanych przy pomocy różnych kryteriów (operacyjne kryteria ICD-10 i DSM-IV, kryteria kliniczne) i opisywanych przy pomocy różnych narzędzi (PANSS, BPRS, SANS/SAPS, KOSS) stwierdzono, że biorąc pod uwagę tylko objawy specyficzne dla schizofrenii (tzn. występujące istotnie częściej w zaburzeniach schizofrenicznych niż nieschizofrenicznych) uzyskuje się najczęściej trójwymiarową strukturę zespołu (deficyt, deformacja, dezorganizacja). Uwzględnienie w analizie także innych objawów odkrywa zwłaszcza niespecyficzny, lecz ważny wymiar afektywny (wahania nastroju) oraz inne jeszcze wymiary pojawiające się mniej konsekwentnie.

CECHY PRZEBIEGU

Obie porównywane klasyfikacje pozwalają na wskazanie typu przebiegu zaburzeń u chorego, o ile czas obserwacji jest dostatecznie długi. Mimo drobnych odmierności, wyliczone typy przebiegu są bardzo podobne (tabl. 10). ICD-10 zwraca więcej uwagi niż DSM-IV na dynamikę zmian deficytowych w okresach remisji (postępujące lub stabilne).

RÓZNICOWANIE

Różnicowanie zaburzeń schizofrenicznych od innych bywa trudne z wielu powodów zależnych albo od trudności w uzyskiwaniu pewnych i rzetelnych informacji od chorego, albo od zmiennej, nietypowej lub nie w pełni ukształtowanej jeszcze ich charakterystyki. Wiele zaburzeń bardzo odległych w klasyfikacji od schizofrenii może niekiedy sprawiać takie kłopoty diagnostyczne.

Trudności lub niejasności mogą być powodem ustalania rozpoznania tymczasowego, którego tymczasowość może przemijać wraz z pojawieniem się pełniejszych informacji lub wraz z upływem czasu i pogłębieniem obserwacji klinicznej.

Zasadnicze jednak rozstrzygnięcia diagnostyczne wiążą się z koniecznością analizy granic między schizofrenią a innymi zaburzeniami psychotycznymi, co wymaga analizy objawów, czasu trwania oraz przesłanek wykluczających. Najważniejsze wchodzące w grę kategorie diagnostyczne oraz przesłanki różnicowania przedstawiono na rys. 1.

Oczywiście dokładne przedstawienie przesłanek różnicowania wymaga znajomości tych innych kategorii zaburzeń psychotycznych, co przekracza ramy tego artykułu.

PIŚMIENNICTWO

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition. Revised. American Psychiatric Association, Washington, DC. 1987.
2. American Psychiatric Association: DSM-IV Options Book: work in progress 9/1/1. Washington, DC. 1991.
3. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. American Psychiatric Association, Washington, DC. 1994.
4. Anczewska M: Częstość występowania objawów negatywnych i ich znaczenie rokownicze w psychozach schizofrenicznych. IPiN, Warszawa 1994 (rozprawa doktorska)
5. Andreasen NC, Arndt S, Alliger R, Miller D, Flaum M: Symptoms of schizophrenia. Methods, meanings, and mechanisms. Arch. Gen Psychiatry 1995, 52, 341–351.
6. Andreasen NC, Olsen S: Negative vs positive schizophrenia: definition and validation. Arch. Gen. Psychiatry 1982, 47, 615–621.
7. Andreasen NC: The scale for the assessment of negative symptoms (SANS). University of Iowa, Iowa City 1984(a).
8. Andreasen NC: The scale for the assessment of positive symptoms (SAPS). University of Iowa, Iowa City 1984(b).

9. Andeasen NC: Comprehensive assessment of symptoms and history (CASH). University of Iowa, Iowa City 1987.
10. Arndt S, Alliger RJ, Andreasen NC: The distinction of positive and negative symptoms. The failure of a two-dimensional model. *Brit. J. Psychiatry* 1991, 158, 317–322.
11. Basset AS, Bury A, Honer WG: Testing Liddle's three-syndrome model in families with schizophrenia. *Schizophr Res.* 1994, 12, 213–21.
12. Berner P, Gabriel E, Katschnig H, Kieffer W, Koehler K, Lenz G, Simmhandl C.: Diagnostic criteria for schizophrenia and affective psychoses. WPA 1983.
13. Berrios G: Positive and negative symptoms and Jackson: A conceptual history. *Arch. Gen. Psychiatry* 1985, 42, 95–97.
14. Bleuler E: *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenie*. Deuticke, Leipzig 1911.
15. Carpenter WT, Heinrichs DW, Wagman AMI: Deficit and non-deficit forms of schizophrenia: the concept. *Am. J. Psychiatry* 1988, 145, 578–583.
16. Crow TJ: Molecular pathology of schizophrenia: more than one dimension of pathology? *Brit. Med. J.* 1980, 280, 66–68.
17. Crow TJ: The two-syndrome concept and: origins and current status. *Schizophr. Bull.* 1985, 11, 471–485.
18. Cuesta MJ, Peralta V: Psychopathological dimensions in schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 1995, 21, 473–82.
19. Jarosz M: Kształowanie się podstawowych proporcji psychopatologicznych w schizofrenii autystycznej i w schizofrenii syntonicznej. *Psychiatr. Pol.* 1993, 27, 373–383.
20. Jaspers K: *Allgemeine Psychopathologie*. Springer, Berlin 1911.
21. Kaplan RD, Szechtman H, Franco S, Szechtman B, Nahmias C, Garnett ES, List S, Cleghorn JM: Three clinical syndromes of schizophrenia in untreated subjects: relation to brain glucose activity measured by positron emission tomography (PET). *Schizophr. Res.* 1993, 11, 47–54.
22. Kawasaki Y, Maeda Y, Sakai N, Urata K, Yamagouchi N, Kurachi M: Evaluation and interpretation of symptom structures in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.* 1994, 89, 399–404.
23. Kay SR, Opler LA, Fiszbein A: Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS): Rating Manual. Social and Behavioral Sci Documents. San Rafael 1987.
24. Kay SR, Sevy S: Pyramidal model of schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 1990, 16, 537–545.
25. Kitamura T, Okazaki Y, Fuginawa A, Yoshino M, Kasahara Y: Symptoms of psychoses. A factor analytic study. *Brit. J. Psychiatry* 1995, 166, 236–240.
26. Klimidis S, Stuart GW, Minas IH, Copolov DL, Singh BS: Positive and negative symptoms in the psychoses. Re-analysis of published SAPS and SANS global ratings. *Schizophr. Res.* 1993, 9, 11–18.
27. Klosterkötter J, Albers M, Steinmeyer EM, Hensesm A., Sass H.: Positive oder negative Symptome. Was ist brauchbarer für die Diagnose der Schizophrenie. *Nervenarzt* 1994, 65, 444–453.
28. Kraepelin E: *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. Barth, Leipzig 1899 (wyd. 6).
29. Lenzenweger MF, Dworkin RH: The dimensions of schizophrenia phenomenology. Not one or two, at last three, perhaps four. *Brit. J. Psychiatry* 1996, 168, 432–440.
30. Liddle PF: The symptoms of chronic schizophrenia: a re-examination of the positive-negative dichotomy. *Brit. J. Psychiatry* 1987, 151, 145–151.
31. Lindenmayer JP, Bernstein-Hyman R, Grochowski S: A new five factor model of schizophrenia. *Psychiatr. Q.* 1994, 65, 299–322.
32. Lindenmayer JP, Grochowski S, Hyman RB: Five factor model of schizophrenia: replication across samples. *Schizophr Res.* 1995, 14: 229–234.
33. Loas G, Noisettes C, Legrand A, Delahouse J: Modele quadridimensionnel des schizophrénies chroniques issu de la structure factorielle de l'échelle des syndromes positif and negatif (PANSS). *Encephale* 1997, 23, 10–18.
34. Lorr M, Klett CJ, McNair DM: *Syndromes of psychosis*. McMillan, New York 1963.
35. Lukoff D, Lieberman RP, Nuechterlein KH: Symptom monitoring in the rehabilitation of schizophrenic patients. *Schizophr. Bull.* 1986, 12:576–598.
36. Peralta V, Cuesta MJ: Psychometric properties of the positive and negative syndrome scale (PANSS) in schizophrenia. *Psychiatry. Res.* 1994, 53, 31–40.

37. Rybakowski J: Patogeneza schizofrenii. Post. Psychiatr. Neurol. 1998, 7, w tym zeszycie.
38. Schneider K.: Klinische Psychopathologie. Thieme, Stuttgart 1971 (wyd. 9).
39. Thompson PA, Meltzer HY: Positive, negative and disorganization factors from the Scedule for Affective Disorders and Schizophrenia and the Present State Examination. A three-factor solution. Brit. J. Psychiatry 1993, 163, 344–351.
40. von Knorring L, Lindstrom E: Principal components and further possibilities with the PANSS. Acta Psychiatr Scand. 1995, 388, 5–10.
41. Wciórka J: Psychopatologiczne wymiary schizofrenii. Psychiatr. Pol. Streszczenia 39 Zjazdu Psychiatrów Polskich, 1998 (a), s. 201–202.
42. Wciórka J: KOSS. Kliniczna ocena syndromów schizofrenicznych. Wersja 5. IPiN, Warszawa 1998 (b) (maszynopis)
43. Wciórka J, Anczewska M, Bembenek A, Gołębiowska M, Hochlewicz A, Nurowska K, Schaeffer E, Skowrońska J, Stanikowska I, Tarczyńska K: Kliniczna ocena syndromów schizofrenicznych (KOSS) – ocena trafności nowego narzędzia diagnostycznego. 1998 (maszynopis).
44. Wciórka J, Anczewska M, Bembenek A, Gołębiowska M, Hochlewicz A, Nurowska K, Schaeffer E, Skowrońska J, Stanikowska I, Tarczyńska K: Profil psychopatologiczny ostrych zespołów schizofrenicznych rozpoznawanych wg kryteriów ICD-10 i DSM-IV. Psychiatr. Pol. 1998, 32, 251–264.
45. World Health Organization. ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Vesalius-IPiN, Kraków–Warszawa 1997.
46. World Health Organization. ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Vesalius-IPiN, Kraków–Warszawa 1998.

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

Aneks. Inwentarze diagnostyczne dla schizofrenii wg ICD-10 i DSM-IV

Schizofrenia wg ICD-10. Zaznacz X wszystkie występujące objawy i spełnione kryteria.

	- brak objawów	? objawy niepewne	+ objawy pewne
G1	Przez większość czasu w ciągu co najmniej miesiąca		
(1)	co najmniej jeden z następujących:		
	echo myśli		
(a)	nasyłanie lub zabieranie myśli rozgłaśnianie (odsłonięcie) myśli		
(b)	urojenia oddziaływania, wpływu lub owładnięcia (wyraźnie odnoszone do ruchów ciała lub kończyn, albo do szczególnych myśli, działań, odczuć) sposrządzenie urojeniowe		
(c)	głosy omamowe na bieżąco komentujące zachowanie pacjenta głosy omamowe dyskutujące o pacjencie między sobą innego typu głosy omamowe pochodzące z różnych części ciała		
(d)	utrwalone urojenia innego rodzaju o treści kulturowo niedostosowanej i całkowicie niemożliwej (np. zdolność oddziaływania na pogodę, pozostawanie w łączności z nieżyjącymi)		
(2)	lub co najmniej dwa z następujących:		
(a)	utrwalone omamy z zakresu jakiegokolwiek zmysłu codziennie przez co najmniej miesiąc lub z urojeniami bez wyraźnie afektywnej treści (także zwiawanymi lub częściowo uformowanymi), lub z utrwalonymi myślami nadwartościowymi		
(b)	neologizmy, przerwy lub wstawki w toku myślenia, prowadzące do rozkojarzenia lub niespójności wypowiedzi		
(c)	zachowania katatoniczne jak: pobudzenie, zastyganie, gibkość woskowa, negatywizm, mutyzm, osłupienie		
(d)	objawy „negatywne” jak: znaczna apatia, zużożenie wypowiedzi, splycenie lub niespójność reakcji emocjonalnych (Uwaga! wykluczyć wpływ depresji lub podawania neuroleptyków)		
G2	Najczęściej stosowane przesłanki wykluczenia		
(1)	Brak depresji lub manii chyba, że objawy z kryterium 1 lub 2 wyprzedzają zaburzenia nastroju		
(2)	Brak dowiedzionych uwarunkowań organicznych oraz związanych z alkoholem i substancjami tj. zatruciem, uzależnieniem lub odstawieniem		

Zaznacz X pola z liczbami oznaczającymi spełnione kryteria. Zakreślenie wszystkich pól w linii poziomej oznacza spełnienie wymagań niezbędnych do rozpoznania zaburzeń schizofrenicznych.

Jeśli w sposób pewny (+) spełnione kryteria:

G1 (1) albo (2) oraz G2 (1) oraz (2)

- to rozpoznanie schizofrenii wg ICD-10 jest ustalone.

Jeżeli jakieś kryteria niepewne (?)

- to rozpoznanie schizofrenii, co najwyżej tymczasowe, rozważ także: ↓

Jeżeli kryteria niespełnione (-), rozważ: ↓

- utrwalone zaburzenia urojeniowe
- ostre, przemijające zaburzenia psychiatryczne
- zaburzenia schizoafektywne
- zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe)
- zaburzenia psychiatryczne organiczne i związane z substancjami psychoaktywnymi

Rozpoznanie schizofrenii wg ICD-10	kryteria nie spełnione	rozpoznanie prawdopodobne	rozpoznanie pewne
---	-------------------------------	----------------------------------	--------------------------

Schizofrenia wg DSM-IV. Zaznacz X wszystkie występujące objawy i spełnione kryteria.

– brak objawów		? objawy niepewne	+ objawy pewne
A	Przez istotną część czasu w ciągu co najmniej miesiąca co najmniej dwa objawy z następujących:	–	?
(a)	urojenia		
(b)	omamy		
(c)	mowa zdezorganizowana np. częste zaśliźgwanie się wątku lub niedokojarzenie		
(d)	zachowanie zdezorganizowane lub katatoniczne		
(e)	objawy negatywne – tj. spłycenie afektywne, alogia, awolucja		
A ¹	lub urojenia o treści dziwacznej tj. o treści całkowicie niemożliwej do zaistnienia, po uwzględnieniu poziomu edukacji i warunków kulturowych		
A ²	lub omamy słuchowe słowne w postaci: komentarza (tj. bieżącego komentowania zachowań lub myśli chorego) lub dyskusji (tj. dyskusji o chorym między dwoma lub więcej głosami)		
B	Dysfunkcja społeczna/zawodowa tj. wyraźne obniżenie poziomu funkcjonowania lub nieosiągnięcie poziomu oczekiwanego w zakresie: pracy, kontaktów międzyludzkich lub troski od siebie		
C	Czas trwania ciągłych przejawów zaburzeń co najmniej 6 miesięcy uwzględniając fazy: zwiastunową, aktywną, rezydualną – w tym co najmniej 1 miesiąc objawów fazy aktywnej (kryteria A lub A ¹ lub A ²) – kryteria faz zwiastunowej i rezydualnej: objawy negatywne z kryterium 3 lub 2–3 inne objawy kryterium 3 w postaci niepełnej (np.: niezwykle przekonania lub doznania zmysłowe)		
D	Brak zaburzeń afektywnych lub schizoafektywnych –		
E	Brak stanów: związanych z substancjami (tj. ich przyjmowaniem lub nadużywaniem) i ogólnomedycznych (tj. uwarunkowanych chorobami somatycznymi)		
F	Wyłączenie całościowych zaburzeń rozwojowych Jeśli w wywiadzie autyzm lub inne z nich – to rozpoznanie schizofrenii możliwe tylko pod warunkiem występowania urojeń lub omamów przez czas przekraczający 1 miesiąc		

Zaznacz X pola z liczbami oznaczającymi spełnione kryteria. Zakreślenie wszystkich pól w linii poziomej oznacza spełnienie wymagań niezbędnych do rozpoznania zaburzeń schizofrenicznych.

Jeśli w sposób pewny (+) spełnione kryteria:

A lub A¹ lub A² oraz B oraz C oraz D oraz E oraz F

– to rozpoznanie schizofrenii wg DSM-IV jest ustalone.

Jeżeli jakieś kryteria niepewne (?)

– to rozpoznanie schizofrenii jest co najwyżej tymczasowe, rozważ także: ↓

Jeżeli kryteria niespełnione (–), to rozważ: ↓

- zaburzenia o postaci schizofrenii
- zaburzenia urojeniowe
- krótkotrwała psychoza
- zaburzenia schizoafektywne
- zaburzenia psychotyczne somatogenne

Rozpoznanie schizofrenii wg DSM-IV	kryteria nie spełnione	rozpoznanie prawdopodobne	rozpoznanie pewne
------------------------------------	------------------------	---------------------------	-------------------