

# Kontinuum psychozy: niedowiedzione naukowo i niepraktyczne z klinicznego punktu widzenia

Stephen M. Lawrie, Jeremy Hall, Andrew M. McIntosh, David G.C. Owens, Eve C. Johnstone

*The British Journal of Psychiatry* (2010) 197, 423–425

Ograniczenia obecnych kategorii diagnostycznych są dobrze poznane, natomiast powody ich stosowania, zalety i przydatność często są ignorowane. Naukowe dowody przemawiające za pojęciem „kontinuum psychozy” są ograniczone. Nie przeprowadzono analizy, czy dystrybucję objawów w populacji najlepiej tłumaczy wykorzystywanie kategorii, kontinuum lub więcej niż jednego kontinuum albo form alternatywnych, takich jak podtypy lub modele hybrydowe. Nie przedyskutowano, a tym bardziej nie wypracowano wspólnego stanowiska, dotyczącego oceny najważniejszych aspektów psychozy, najlepszych metod pomiarów ilościowych i możliwości ich wykorzystywania w praktyce klinicznej. Potrzebne są systematyczne badania w celu oceny, które z wielu wiarygodnych podejść do klasyfikacji zaburzeń psychotycznych jest najbardziej przydatne, zanim można będzie dokonać uzasadnionych zmian.

Proces opracowywania DSM-V i ICD-11 wywołał dyskusję dotyczącą definiowania i trafności takich pojęć jak schizofrenia.<sup>1</sup> Wielu komentatorów krytykuje obecnie obowiązujący kategoryalny system diagnostyczny, opowiadając się za koncepcją „kontinuum psychozy”.<sup>2,3</sup> Czynią to jednak, nie mając w zanadrzu żadnych konkretnych propozycji, nie wypowiadając się również na temat ograniczeń związanych z możliwością istnienia kilku kontinuum oraz ignorując alternatywne sposoby klasyfikowania zaburzeń psychotycznych. Autorzy dowodzą, że odrzucenie sprawdzonych i stopniowo przedefiniowywanych koncepcji klinicznych jest w najlepszym wypadku przedwczesne, zaś w najgorszym – błędne z naukowego punktu widzenia. Wykorzystywanie pojęcia kontinuum w odniesieniu do psychozy mogłoby być czasochłonne i katastrofalne w praktyce klinicznej.

## Znane zalety i ograniczenia systemu kategoryalnego

Ograniczenia obecnych kategoryalnych systemów diagnostycznych są dobrze poznane – przede wszystkim ich nie-

pewna trafność, brak wyraźnych rozgraniczeń między różnymi zaburzeniami, obserwowana niejednorodność osób zaliczanych do określonych kategorii, a także spełnianie przez niektórych chorych kryteriów diagnostycznych wielu zaburzeń. Istnieje natomiast niebezpieczeństwo zapomnienia o argumentach przemawiających za stosowaniem i o zaletach kategorii diagnostycznych.<sup>4,5</sup> Rozpoznanie jest warunkiem wstępnym leczenia i rokowania. Obowiązujące kryteria zaburzeń psychotycznych nie są ani arbitralne, ani niezmiennie. Obejmują objawy, które przeważnie kumulują się w grupach pacjentów i ewoluowały przez dziesiątki lat obserwacji klinicznych. Istniejące kategorie psychoz, opierające się na bardzo powtarzalnych różnicach neurobiologicznych między chorymi z psychozami a zdrową grupą kontrolną, umożliwiały stawianie rzetelnych rozpoznań na całym świecie, określanie postępów w rozumieniu etiologii i patogenezy, a także rozwój metod leczenia.<sup>6</sup> Z perspektywy genetycznej kategoryalne systemy diagnostyczne pozwalały na identyfikowanie stosunkowo stałych pojęć o dużym stopniu dziedziczności – być może bardziej stabilnych w czasie niż jakikolwiek

Stephen M. Lawrie (na zdjęciu) jest profesorem psychiatrii i badań obrazowych mózgu oraz kierownikiem wydziału psychiatrii w Edynburgu. Jest dyrektorem Scottish Mental Health Research Network i członkiem grupy roboczej DSM-V zajmującej się zaburzeniami psychotycznymi. Jeremy Hall jest neurobiologiem klinicznym i honorowym konsultantem w dziedzinie psychiatrii na wydziale psychiatrii w Edynburgu oraz wicedyrektorem Scottish Mental Health Research Network. Andrew M. McIntosh jest neurobiologiem klinicznym i honorowym konsultantem w dziedzinie psychiatrii na wydziale psychiatrii w Edynburgu oraz wicedyrektorem Scottish Mental Health Research Network. David G.C. Owens profesorem psychiatrii klinicznej na Wydziale Psychiatrii w Edynburgu oraz badaczem klinicznym od ponad 30 lat. Eve C. Johnstone jest emerytowanym profesorem psychiatrii i wicedyrektorem w Edynburgu, pracowała jako badacz kliniczny przez ponad 30 lat.

Adres do korespondencji: Stephen M. Lawrie, Division of Psychiatry, University of Edinburgh, Kennedy Tower, Royal Edinburgh Hospital, Edinburgh EH10 5HF, Wielka Brytania, e-mail: s.lawrie@ed.ac.uk

Konflikt interesów: brak.

objaw oraz w tym samym stopniu podlegających dziedziczeniu co wiele proponowanych endofenotypów. W ostatnich latach zidentyfikowano wiele prawdopodobnych genów kandydujących schizofrenii i zaburzeń dwubiegunowych, wydaje się też, że tempo tych odkryć przyspiesza, czemu wyraźnie całkiem nie przeszkadza niejednorodność kliniczna.<sup>7</sup>

Autorzy przyznają, że obserwuje się nakładanie się pewnych cech schizofrenii i zaburzeń dwubiegunowych. Dotyczy to podatności genetycznej, objawów, leczenia i rokowania. W rzeczywistości być może najbardziej uderzającym odkryciem wynikającym z przeprowadzonych ostatnio asocjacyjnych badań genetycznych, w tym badań asocjacyjnych całego genomu, jest stwierdzenie wspólnej w znacznej mierze podatności genetycznej na schizofrenię i zaburzenia dwubiegunowe.<sup>7</sup> Wspólna, uwarunkowana poligenowo podatność niekoniecznie oznacza, że zależne od niej choroby tworzą jedno kontinuum lub nawet kilka kontinuumów. Dostępne są również istotne dowody na różnice między tymi zaburzeniami, dotyczące czynników ryzyka, patologii i reakcji na leczenie. Urodzenie się w mieście, nieprawidłowy rozwój układu nerwowego i zaburzenia funkcji poznawczych w okresie przedchorobowym są silnie związane ze schizofrenią, ale nie z zaburzeniem dwubiegunowym.<sup>8</sup> Schizofrenia jest związana z częstszym występowaniem dużych i rzadszych nieprawidłowości chromosomalnych (zmienność liczby kopii), czego nie obserwuje się w zaburzeniu dwubiegunowym.<sup>9</sup> Stwierdzono ponadto powtarzalne różnice w strukturze i funkcji mózgu między tymi zaburzeniami, co przynajmniej ilościowo umożliwia ich istotne rozróżnienie.<sup>10-12</sup> Co najważniejsze, występują dobrze poznane różnice w reakcji na lit i inne metody leczenia.<sup>13</sup>

### Przypuszczalna wartość podejścia opartego na kontinuum

Główny argument, który przedstawiano za przyjęciem podejścia opartego na jednym lub więcej kontinuumów (zwykle nie jest jasne, czy należy wykorzystywać jedno kontinuum, czy więcej), dotyczył przeważnie tego, że objawy psychotyczne ulegają ciągłej dystrybucji w populacji ogólnej. Dlatego uważa się, że psychoza stanowi kontinuum, a one charakteryzują się większą trafnością i łatwiej podlegają analizie biologicznej niż heterogenne kategorie, a także, że takie podejście prowadziłoby do szybszego rozwoju naukowego i postępów klinicznych. Żadna z tych spekulacji nie potwierdziła się bezwarunkowo, a każda z nich może być podważona z teoretycznego punktu widzenia.

Z tego, że objawy psychotyczne ulegają ciągłej dystrybucji w populacji ogólnej, nie wynika, że granice schizofrenii i innych psychoz są jakościowo nieostre w porównaniu z „normalnymi doświadczeniami” lub ze sobą nawzajem. Nie wyklucza to również możliwości istnienia odrębnych ukrytych kategorii podstawowych lub kilku podtypów psychozy. Szczególnie częstym zjawiskiem może być niejednorodność fenotypowa lub objawowa, nawet wewnętrzna, będąca przejawem zakłóceń

funkcjonowania złożonych systemów, takich jak mózg/umysł. W rzeczywistości, jak zauważył Paul Meehl, wyraźna fenotypowa różnorodność schizofrenii oraz fakt, że objawy schizofrenii są silniej wzajemnie skorelowane w populacjach mieszanych w porównaniu z populacjami klinicznymi, wskazują na istnienie podstawowych kategorii i pozostają w sprzeczności z modelem ciągłości.<sup>14</sup> Możliwe nawet, że objawy psychotyczne mają charakter epifenomenu wobec prawdziwej natury psychozy, jak sądził Bleuler,<sup>15</sup> co może obrazować przypadek, kiedy objawy psychotyczne wikłają chorobę Alzheimera. Co najważniejsze, po prostu nie przeprowadzono badań oceniających, który model psychozy (kategorii, podtypów, kontinuumów czy hybryd) najlepiej tłumaczy dystrybucję objawów w populacji ogólnej lub grupach pacjentów.

Nie wynika to po prostu z braku gwarancji na to, że model psychozy oparty na kontinuum charakteryzuje się większą trafnością i będzie sprzyjał rozwojowi nauki, ale istnieją po prostu mocne podstawy, aby kwestionować niektóre z ukrytych założeń leżących u podstaw poglądu, że łatwiej będzie analizować objawy niż rozpoznania.<sup>16</sup> Poszczególne objawy trudniej można wykazać niż rozpoznania wielowymiarowe, mają one różne nasilenie w czasie i mogą różnić się w zależności od kontekstu środowiskowego. Zgodnie z tradycyjnym nauczaniem w psychiatrii, bierność, urojenia wielkościowe i depresyjne wydają się różne pod względem jakościowym, zaś urojenia i omamy spójne z nastrojem mogą mieć więcej wspólnych uwarunkowań biologicznych z zaburzeniami nastroju niż urojenia i omamy o innym charakterze. Z drugiej strony za pomocą nowoczesnych czynnościowych badań obrazowych mózgu wykazano, że uwarunkowania patofizjologiczne na poziomie układów neuronalnych niezgodnych z intuicyjnymi połączeń omamów i urojeń mogą być odrębne.<sup>17</sup> Analizowanie takich etiopatogenetycznych podobieństw i różnic może nie być możliwe na poziomie oceny pojedynczych urojeń, ale może umożliwiać ocenę nasilenia na skali „objawów pozytywnych” psychozy. Wniosek jest taki, że model kontinuum może być lepszy z naukowego punktu widzenia niż podejścia kategorialne, ale po prostu nie wiadomo dlaczego. Po co negocjować już dokonane odkrycia na korzyść czegoś o nieznanym wartości? Ma to jeszcze większe znaczenie z klinicznego punktu widzenia.

### Przydatność kliniczna i zastrzeżenia praktyczne

Ustalone kryteria diagnostyczne psychozy są przede wszystkim przydatne pod względem klinicznym. Obecnie i w dającej się przewidzieć przyszłości najważniejsze jest opracowanie odpowiednich przepisów i stosowanie wybranych metody leczenia na podstawie aktualnie dostępnych, powtarzalnych dowodów z badań klinicznych (wszystkie z badań prowadzonych w grupach diagnostycznych), podejmować dychotomiczne decyzje, np. o zatrzymaniu danej osoby w szpitalu bez zgody zgodnie z obowiązującym prawem, oraz, w niektórych systemach opieki zdrowotnej, poprawić system ubezpieczeniowy

i inne systemy płatności. Kategorie są również łatwiejsze w wykorzystywaniu i komunikowaniu się niż systemem kontinuu. Chociaż dostępne są wyniki badań, w których stwierdzono, że rodzaje objawów są lepszymi predyktorami reakcji na leczenie niż zaburzenia, to w niektórych z tych badań wykazano większą ogólną wartość prognostyczną kategorii. Tak czy inaczej powtórzenie konkretnych wyników jest zjawiskiem rzadkim.<sup>3</sup> Różne zadania mogą wymagać różnych rozwiązań.

Z praktycznej perspektywy należy zwrócić uwagę na pewne pytania i spróbować znaleźć na nie odpowiedzi. Które objawy i kontinua wyników należy oceniać, w jaki sposób można je wiarygodnie ujawnić i mierzyć, zapisać i zaznaczyć na skierowaniu? Jak zajęci lekarze mają znaleźć czas na tego rodzaju oceny i ustalanie ich stałości w czasie i w zależności od lekarza? I, co najważniejsze, w jaki sposób mają wykorzystywać złożone wielowymiarowe informacje w praktyce klinicznej? Które ciągle parametry należy wykorzystać, kiedy ich użyć i jakie powinny być „punkty odcięcia” podejmowania takich działań, jak rozpoczęcie leczenia czy zatrzymanie w szpitalu? Co powinno decydować o tym, że lekarze w ogóle powinni ich użyć? Jak na ironię, muszą oni najpierw dokonać oceny kategorialnej, czyli stwierdzić, czy ktoś w ogóle jest psychotyczny. Wiąże się to z definicją psychozy i, jeżeli rzeczywiście istnieje kontinuum psychozy lub kilka kontinuu, ta decyzja będzie całkowicie arbitralna.

Na pierwszy rzut oka jednakowo silne argumenty przemawiają za spektrum schizofrenii i choroby afektywnej dwubiegunowej,<sup>18</sup> tworząc wyraźnie odrębne schizotypię i cyklotymię oraz na drugim końcu zahaczając o ekscentryczność i wahania nastroju towarzyszące codziennemu życiu. Obserwuje się również nakładanie objawów schizofrenii i zaburzeń zaliczanych do kręgu autyzmu, natomiast zaburzenia dwubiegunowe obejmują depresję i lęk, a także łagodniejsze postaci zaburzeń i typy osobowości.<sup>19</sup> Jakże zatem są granice psychozy? Czy należy zaliczać do niej występujące sporadycznie objawy psychotyczne, a, jeżeli tak, to kiedy? Czy zaburzenie dwubiegunowe typu II, któremu rzadko towarzyszą objawy psychotyczne, nie powinno być już dłużej zaliczane do zaburzeń psychotycznych?

Co gorsza, u osób z w przybliżeniu równymi wynikami w skalach wymiarów przypuszczalnej depresji i psychozy mogłyby występować na przykład prodromalna faza schizofrenii, ostra psychoza schizoafektywna, psychoza ponarkotykowa, depresja poschizofreniczna lub depresja psychotyczna. Wszystkie te zaburzenia można obecnie, co zostało dobrze poparte badaniami klinicznymi, leczyć na różne sposoby. Jeżeli do scharakteryzowania osób z psychozą koniecznych będzie kilka kontinuu, np. wymiar pozytywny, negatywny, zdeorganizowany, depresji, euforii, leku, obsesyjności, funkcji poznawczych, osobowości, to w jaki sposób klinicyści mają decydować, kiedy rozpocząć leczenie? Na podstawie powrotu do arbitralnych kategorii oceny nasilenia (łagodne, umiarkowane lub ciężkie)? Parametry ciągle mogłyby w ten sposób ograniczyć postępowanie praktyczne

oparte na dowodach, przy jednoczesnym zwiększeniu częstości niepotrzebnego leczenia, zbyt częstych rozpoznań, przecenienia współchorobowości, nadmiernego leczenia i polipragmazji.

## Podsumowanie i kierunki przyszłych badań

Niepokój autorów budzi przede wszystkim to, że z powodu zbyt entuzjastycznej i mało krytycznej akceptacji kontinuum psychozy pozbedziemy się czegoś użytecznego z naukowego punktu widzenia i przydatnego pod względem klinicznym. Definicje kliniczne mogą charakteryzować się ograniczoną trafnością, jednak nie można odrzucić kategorii mogących tłumaczyć wiele obserwowanych zjawisk, dopóki nie będzie można zastąpić ich czymś lepszym. To parcie ku czemuś, co wydaje się nowe i ekscytujące, może wynikać z frustracji związanej z wolnym tempem postępu poznawania zaburzeń psychotycznych. Może to jednak wynikać w większym stopniu z niewystarczających zasobów i badań dotyczących w ogóle psychiatrii. Chociaż naprawdę gromadzenie „faktów” dotyczących zaburzeń psychicznych jest trudne, nie trzeba już dłużej przekonywać, że schizofrenia i inne zaburzenia są skorelowane z czynnikami neurobiologicznymi. Obecnie skupiamy się na wyjaśnianiu tych czynników i wykorzystywaniu obiektywnych parametrów do różnicowania zaburzeń i podejmowania świadomych decyzji klinicznych.

Przede wszystkim potrzebne są spójne dowody na to, że jakkolwiek zmiana w podejściu do klasyfikowania zaburzeń psychotycznych przyniesie korzyści pacjentom i w ten sposób usprawiedliwi poświęcony jej czas i wysiłek. Konieczne są systematyczne badania, aby ustalić, jakie są podstawowe parametry do określonych celów; czy dostępne badania neuropoznawcze, analizy krwi i wskaźniki z badań obrazowych wnoszą jakąś wartość oraz u których pacjentów, a także kiedy należy je wykonywać. Potrzebne są również badania kliniczne w celu określenia terapeutycznych implikacji różnych podejść oraz różnych punktów odcięcia przypuszczalnych kontinuu, na przykład do określenia, jaki poziom nasilenia objawów pozwala przewidzieć reakcję terapeutyczną, stopień korzyści klinicznych przy niektórych progach oraz czy współwystępujące zaburzenia wymagają dodatkowego leczenia. W tych badaniach należy uwzględnić również podejścia alternatywne, w tym hybrydy, takie jak kategorie ze stratyfikacją cech kluczowych, potencjalnie obejmujące również istotne testy biologiczne. Dobrze, że dwa inne opublikowane wcześniej artykuły przedstawiały podobne wnioski.<sup>20,21</sup> W jednym z nich zwrócono uwagę na to, że dostępne obecnie badania mogą potwierdzać postrzeganie schizofrenii zarówno w postaci kontinuu, jak i w formie kategorialnej,<sup>20</sup> jednak przeprowadzono wcale albo przeprowadzono niewiele badań oceniających opisane powyżej możliwości. Proponowany projekt badawczy wymaga dużych badań obejmujących wiarygodnie ocenionych, zdiagnozowanych i przebadanych pacjentów z różnych ośrodków. Mogłyby one utorować drogę

dla wszelkich nowych inicjatyw i stwarzać oczekiwaną przez wielu lekarzy możliwość uczestniczenia w badaniach, które bezpośrednio dotyczą ich własnych zastrzeżeń dotyczących praktyki diagnostycznej. Wiązałoby się to również z większym doświadczeniem badawczym i ogólną sprawnością. Psychiatrycy muszą poradzić sobie ze skomplikowaną i zniechęcającą serią zadań związanych ze złożonymi badaniami, zanim będą mogli przełożyć wymagane zmiany na rutynową praktykę kliniczną.

From the British Journal of Psychiatry (2010) 197, 423–425. Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyright © 2010, 2011 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.

## Piśmiennictwo

1. Tamminga CA, Sirovatka PJ, Regier DA, van Os J. Deconstructing Psychosis: Refining the Research Agenda for DSM–V. American Psychiatric Association, 2006.
2. Craddock N, Owen MJ. The beginning of the end for the Kraepelinian dichotomy. *Br J Psychiatry* 2005;186:364–6.
3. van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabbendam L. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychol Med* 2009;39:179–95.
4. Kendell RE. *The Role of Diagnosis in Psychiatry*. Blackwell, 1975.
5. Johnstone EC, Lawrie SM. An introduction to psychiatry. In *Companion to Psychiatric Studies* (eds EC Johnstone, DGC Owens, SM Lawrie, M Sharpe, A McIntosh). Churchill Livingstone, 2010.
6. Tandon R, Keshavan MS, Nasrallah HA. Schizophrenia, 'just the facts': what we know in 2008. Part 1: Overview. *Schizophr Res* 2008;100:4–19.
7. The International Schizophrenia Consortium. Common polygenic variation contributes to risk of schizophrenia and bipolar disorder. *Nature* 2009; 460:748–52.
8. Kirkbride JB, Fearon P, Morgan C, Dazzan P, Morgan K, Tarrant J, et al. Heterogeneity in incidence rates of schizophrenia and other psychotic syndromes: findings from the 3-center AeSOP study. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:250–8.
9. Grozeva D, Kirov G, Ivanov D, Jones IR, Jones L, Green EK, et al. Rare copy number variants: a point of rarity in genetic risk for bipolar disorder and schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:318–27.
10. McIntosh AM, Whalley HC, McKirdy J, Hall J, Sussmann JE, Shankar P, et al. Prefrontal function and activation in bipolar disorder and schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2008;165:378–84.
11. Hall J, Whalley HC, Marwick K, McKirdy J, Sussmann J, Romaniuk L, et al. Hippocampal function in schizophrenia and bipolar disorder. *Psychol Med* 2010;40:761–70.
12. Arnone D, Cavanagh J, Gerber D, Lawrie SM, Ebmeier KP, McIntosh AM. Magnetic resonance imaging studies in bipolar disorder and schizophrenia: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2009;195:194–201.
13. Leucht S, Kissling W, McGrath J. Lithium for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;3:CD003834.
14. Waller NG. Carving nature at its joints: Paul Meehl's development of taxometrics. *J Abn Psychol* 2006;115: 210–5.
15. Bleuler E. *Dementia Praecox, or the Group of Schizophrenias*. International University Press, 1911.
16. Mojtabai R, Rieder RO. Limitations of the symptom-oriented approach to psychiatric research. *Br J Psychiatry* 1998;173:198–202.
17. Fletcher PC, Frith CD. Perceiving is believing: a Bayesian approach to explaining the positive symptoms of schizophrenia. *Nat Rev Neurosci* 2009;10:48–58.
18. Angst J. The bipolar spectrum. *Br J Psychiatry* 2007; 190:189–91.
19. Blacker D, Tsuang MT. Contested boundaries of bipolar disorder and the limits of categorical diagnosis in psychiatry. *Am J Psychiatry* 1992; 149:1473–83.
20. Linscott RJ, van Os J. Systematic reviews of categorical versus continuum models in psychosis: evidence for discontinuous subpopulations underlying a psychometric continuum. Implications for DSM–V, DSM–VI, and DSM–VII. *Annu Rev Clin Psychol* 2010;6:391–419.
21. David AS. Why we need more debate on whether psychotic symptoms lie on a continuum with normality. *Psychol Med* 2010; Feb 11: 1–8 (Epub ahead of print).

## KOMENTARZ



**Prof. dr hab. n. med.**

**Joanna Rymaszewska**

Pracownia Psychiatrii Konsultacyjnej  
i Medycyny Behawioralnej  
Katedra i Klinika Psychiatrii  
Akademia Medyczna we Wrocławiu

Artykuł Lawrie'go i wsp. jest swego rodzaju manifestem, gdyż napisany z dużą dawką emocji staje się bardziej wypowiedzią indywidualną i subiektywną niż artykułem naukowym. Ale to dzięki tej dawce ekspresji może efektywniej zmobilizować do pogłębiania tematyki, rozpoczynając interesujący dialog z czytelnikiem, do czego nie zawsze zachęcają bezosobowo podane wyniki badań naukowych. Autorzy jednoznacznie opowiadają się za wyższością obecnie funkcjonujących klasyfikacji (mając świadomość ich słabości) wyznaczających w miarę czytelne i jednoznaczne granice między zdrowiem a chorobą oraz poszczególnymi zaburzeniami.

W analizie zagadnienia czy wręcz konfliktu, jak to stawia Laurie, między zwolennikami kontinuum a kategoriami diagnostycznymi należy uwzględnić wieloletnie prace koncepcyjne nad rozpoznawaniem chorób psychicznych prowadzone przez naszych znamienitych poprzedników.

Koncepcje Kraepelina i Bleuera można zaliczyć do głosów za kontinuum. Kraepelin pisał o stanach mieszanych (Mischzustande), a Bleuler o cechach schizofrenii pojawiających się w postaci latentnej w innych schorzeniach. Jeszcze radykalniejsze podejście prezentował Neuman, będący zwolennikiem koncepcji jednego obłądzenia (Irresein) przyjmującego różne oblicza czy Greisinger mówiąc wręcz o istnieniu jednej psychozy. Pojawiały się pojęcia „krąg” schizofrenii i „krąg” afektywny, teraz zastąpione słowem „spektrum” zaburzeń. Jak widać dylematy towarzyszą psychiatrom nie od dziś, a postęp w medycynie nie był w stanie jednoznacznie tych dylematów rozwiązać. Przeprowadzone pracochlonne badania

genetyczne nie rozwiązały wątpliwości i nie dały jednoznacznych odpowiedzi czy zaburzenia psychotyczne i afektywne są „jednego źródła” czy wręcz przeciwnie. Bliższe naszym czasom były ogłoszone jednocześnie w latach 90. ubiegłego wieku koncepcje Kendlera i Crowa. Timothy Crow swoją genetyczno-ewolucyjną koncepcję kontinuum psychoz oparł m.in. na analizie zaburzenia osi symetrii mózgu i jego lateralizacji. Z kolei Kenneth Kendler zaproponował, na podstawie analiz badań klinicznych, wyróżnienie sześciu rodzajów psychoz (zaburzeń schizofrenopodobnych, schizofrenii, schizodepresji, depresji, schizomanii dwubiegunowej i hebefrenii).

Klasyfikacje zaburzeń psychicznych ulegają ewolucyjnym zmianom wraz z postępem nauki. Pojawienie się zaburzenia schizoafektywnego można potraktować jako wyraz bezradności wobec nieswoistości epizodów obserwowanych u chorych, ale także jako wyraz postępu i rozwoju rozpoznawania zaburzeń z całą ich różnorodnością. Osobiście uważam spór między zwolennikami klasyfikacji a kontinuum jako pozorny i niepotrzebny (poza aspektem pozytywnego fermentu kreatywności). Obie koncepcje można uznać za spojrzenia z nieco innych perspektyw na te same zjawiska zaburzeń psychopatologicznych, a tylko ułomność nauki i metod badawczych nie pozwalała na wyjaśnienie granic między zaburzeniami czy „etapami” jednego zaburzenia ani też na sformułowanie wyczerpujących kryteriów rozpoznawania. Interesujące są wyniki badań genetycznych m.in. Boteva i Libiermana z 2003 r. świadczące raczej o predyspozycji do choroby psychicznej *per se*, a nie konkretnej jednostki chorobowej.

Podobna ewolucja do tej w sferze diagnostyki dokonuje się w obszarze terapii, gdzie atypowe neuroleptyki wchodzi na listy leków stosowanych w zapobieganiu i leczeniu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. Pytaniem dotychczas bez jasnej odpowiedzi pozostaje, czy ta terapia jest wyrazem ułomności zasobów farmakologicznych czy raczej pośrednim dowodem wspólnego korzenia zaburzeń psychicznych?