

# Dekonstrukcja pojęcia schizofrenia. Model wielowymiarowy czy podział na podtypy?

Markus Jäger, Karel Frasch, Fabian U. Lang, Thomas Becker

*Nervenarzt* 2012, 83:345-354

Na drugim planie prac nad klasyfikacjami ICD-11 i DSM-5 toczy się również dyskusja na temat założeń dotyczących diagnostyki psychoz schizofrenicznych. Aktualne koncepcje schizofrenii są krytykowane z powodu braku ich potwierdzenia w wynikach badań neurobiologicznych, niewystarczającego różnicowania na podstawie psychopatologii, jak również różnego przebiegu choroby. Jako alternatywa proponowane jest podejście wymiarowe lub podział na podtypy, co w obu przypadkach prowadzi do dekonstrukcji tradycyjnego pojęcia schizofrenii. Retrospektywnie można powiedzieć, że psychopatologiczne korzenie obecnej dyskusji leżą zasadniczo w nominalnej koncepcji Kurta Schneidera i nawiązują do tzw. objawów pierwszorzędowych. Natomiast psychopatologiczne założenia diagnostyki wymiarowej, czy podział tradycyjnych grup na dalsze podtypy pojawiały się już w pracach Klausa Conrada i Karla Leonharda. Trójosiowy system diagnostyczny składający się z osi odpowiadających objawom, przebiegowi i etiologii mógłby powiązać te dwa różne podejścia.

**Słowa kluczowe:** schizofrenia, psychopatologia, diagnostyka, klasyfikacja, objawy pierwszorzędowe

**P**odczas prac nad klasyfikacjami ICD-11 i DSM-5 toczy się ożywiona dyskusja dotycząca przyszłości pojęcia schizofrenia. Jej głównym tematem jest to, czy określenie schizofrenia, często wiązane ze stygmatyzacją, powinno być zastąpione innym terminem.<sup>1-4</sup> Dlatego kwestia przyszłej klasyfikacji zaburzeń psychotycznych jest szczegółowo dyskutowana. Jako alternatywę dla tradycyjnej koncepcji schizofrenii proponuje się zarówno modele wymiarowe, jak i szczegółową analizę podtypów zaburzenia.<sup>5-9</sup>

Celem artykułu jest ocena aktualnych problemów związanych z określeniem schizofrenia z perspektywy psychopatologicznej. Po krótkim opisie podstawowych koncepcji Emila Kraepelina i Eugena Bleulera w pierwszej kolejności przedstawiono koncepcje psychopatologiczne Karla Jaspersa, Clausa Conrada i Karla Leonarda oraz wskazano aktualne problemy związane z koncepcją schizofrenii w ICD-10 i DSM-IV, które omówiono z uwzględnieniem kontekstu historycznego. Na końcu określono potencjalne cele diagnostyczne dla klasyfikacji ICD-11 i DSM-5.

Wybór piśmiennictwa ograniczono do piśmiennictwa psychiatrycznego opublikowanego w języku niemieckim, które mimo wpływów kręgu francusko- i angielskojęzycznego, na początku lat dwudziestych XX wieku miało istotny wkład w rozwój koncepcji nozologicznej schizofrenii.<sup>10,11</sup> Nie można jednak uznać tego artykułu za w pełni wyczerpujący. Nie jest

również możliwe dokładne przedstawienie każdej z koncepcji. Czytelnika zainteresowanego problemem odsyłamy do oryginalnego piśmiennictwa.<sup>12-17</sup>

## Z punktu widzenia psychopatologii

### GENEZA POJĘCIA SCHIZOFRENIA WEDŁUG EMILA KRAEPELINA I EUGENA BLEULERA

Poglądy Emila Kraepelina (1856-1926) ukształtowały stosowaną do dzisiaj klasyfikację psychiatryczną. Postulował on istnienie odrębnych jednostek chorobowych, charakteryzujących się etiologią, neuropatologią i przebiegiem klinicznym.<sup>15</sup> Wobec braku spójnych danych neurobiologicznych swoją koncepcję jednostek chorób psychicznych oparł na obserwacjach przebiegu choroby, nie zapominając przy tym o potrzebie ustalenia przyczyn etiologicznych i neuropatologicznych.<sup>18</sup> Choroby, które charakteryzowały się niekorzystnym przebiegiem lub przejściem w szczególnie stan osłabienia funkcji psychicznych, Kraepelin określił wspólnie jako *dementia praecox*.<sup>15</sup> W ten sposób powstała nowa jednostka nozologiczna wykorzystująca wcześniejsze oddzielne obrazy kliniczne hebefrenii, katatonii i paranoicznego otępienia.<sup>11</sup>

Już Eugen Bleuler (1857-1939) przedstawił jednak zastrzeżenia do koncepcji Kraepelina. Ze względu na heteroge-

Adres do korespondencji: PD Dr. M. Jäger, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II, Universität Ulm, Bezirkskrankenhaus Günzburg, Ludwig-Heilmeyer-Str. 2, 89312 Günzburg, Niemcy; e-mail: markus.jaeger@bkh-guenzburg.de

Konflikt interesów: brak.

niczność etiopatogenezy, objawów i przebiegu zaproponował by zastąpić *dementia praecox* pojęciem „grupa schizofrenii”.<sup>12</sup> Termin ten został wybrany ze względu na zakładane istnienie pewnego rozszczepienia procesów psychicznych. Określone objawy, tzw. objawy podstawowe (rozluźnienie skojarzeń, zaburzenia afektu, autyzm, ambiwalencja), Bleuler uważał za występujące w każdej postaci schizofrenii.<sup>19</sup>

Wyjaśnianiem koncepcji Kraepelina i Bleulera zajmował się Karl Jaspers w swojej książce „Allgemeine Psychopathologie”.

### SZKOŁA PSYCHOPATOLOGII KARLA JASPERSA

Model Emila Kraepelina, czyli zgodność etiologii, neuropatologii i przebiegu klinicznego, został ostro skrytykowany przez Karla Jaspersa (1883-1969), który zamiast porządku teoretycznego, względnie nozologicznego, zaproponował porządek metodologiczny oparty na koncepcji „wyjaśniania” i „rozumienia”.<sup>14</sup>

We wstępnym systemie diagnostycznym Jaspers inaczej niż Kraepelin rozumiał „psychozy organiczne”, „procesy (*dementia praecox* lub schizofrenia)” i „psychozę degeneracyjną”. Pod pojęciem procesu rozumiał psychozy bez uchwytnych przyczyn organicznych, które „prowadzą do długotrwałej zmiany przynajmniej części osobowości i w większości prezentują szczególny schizofreniczny profil życia psychicznego”.<sup>14</sup> Jaspers, na podstawie swojej koncepcji psychopatologicznej, próbował bliżej opisać to, co nazywał „niezrozumiałym” lub „nie do odczucia” „schizofrenicznym życiem psychicznym”. Fenomen urojenia bycia sterowanym (*Gemachten*), które mogły dotyczyć uczuć, postrzegania, woli i działania, nastroju, był uznawany za istotną cechę i badany.<sup>14</sup>

Jaspers postrzegał jednak swój schemat diagnostyczny jako coś tymczasowego. Psychiatria w przyszłości powinna zamiast pojedynczych przypadków kazuistycznych znaleźć „typowy pełny obraz psychozy” odnoszący się do „małej grupy przypadków”.<sup>14</sup> Typy powinny być określone na podstawie obserwacji przebiegu i psychopatologii oraz z uwzględnieniem całego życiorysu chorego i w ten sposób nie tylko odzwierciedlać stan w danym momencie, ale przede wszystkim również charakterystyczny przebieg choroby.

Koncepcję psychopatologiczną Jaspersa kontynuował Kurt Schneider, którego celem było wprowadzenie klasyfikacji kliniczno-psychiatrycznej.

### SCHIZOFRENIA JAKO OKREŚLENIE

Kurt Schneider (1887-1967) w swojej pracy „Klinische Psychopathologie”<sup>17</sup> opracował klasyfikację, która z jednej strony rozróżniała anormalne formy życia psychicznego, a z drugiej następstwa choroby. Dla Schneidera określenie choroba było zawsze związane ze sferą somatyczną. Schizofrenię zaliczono do chorób, przy czym Schneider mógł tylko sugerować istnienie jakiegoś czynnika organicznego. Przyczyną tego przypuszczenia było przede wszystkim to, że występują tu objawy, które w normalnym życiu psychicznym nie mają swoich odpowiedników oraz burzą „spójność, porządek i ciągłość zmysłową

życia”.<sup>17</sup> Dla Schneidera schizofrenia nie była jednostką chorobową, tak jak rozumiał ją Kraepelin, lecz jedynie konstruktem psychopatologicznym.

Ponieważ wciąż nie można było liczyć na znalezienie przyczyn somatycznych choroby, musiało wystarczyć różnicowanie na podstawie psychopatologii. W tym celu Schneider opracował listę objawów pierwszo- i drugorzędowych. Jeżeli u chorego występują objawy pierwszorzędowe wg Schneidera, których nie da się wytłumaczyć przyczyną somatyczną, wtedy „klinicznie z całą skromnością mówimy o schizofrenii”.<sup>17</sup> W ten sposób schizofrenia staje się pojęciem abstrakcyjnym. Za Schneiderem można „nie wskazywać na to, co wydaje się wspólne we wszystkich obrazach, które określamy dziś schizofrenią”.<sup>17</sup>

Do objawów pierwszorzędowych zalicza się ugroźnienie, rozgłaśnianie, zabieranie myśli i inne odczucia wpływu na myśli, urojenia, głosy komentujące i prowadzące dialog, przeżycia wpływu cielesnego, jak również „wszystko dotyczące sterowania i wpływu w zakresie czucia, napędu i woli”.<sup>17</sup> Te objawy bez wątpienia można określić jako „niezrozumiałe” i „nie do odczucia” w rozumieniu Jaspersa. Według Schneidera jest jednak wiele przypadków, w których przy ustalaniu rozpoznania trzeba opierać się na objawach drugorzędowych lub innych wskazujących na obecność choroby. Diagnoza psychiatryczna według Schneidera opiera się w zasadzie tylko na psychopatologicznym opisie stanu aktualnego, a nie na przebiegu choroby. Przeciwnie, rozpoznanie schizofrenii nie ma istotnego znaczenia dla przewidywania charakteru przebiegu i rokowania. Mogą istnieć przypadki, w których dochodzi do całkowitego wyleczenia. Progностyczne znaczenie objawów pierwszorzędowych jest przy tym ograniczone.

Podczas gdy Schneider opierał się głównie na psychopatologii według Jaspersa, Klaus Conrad próbował wykorzystać koncepcję psychologii postaci „Gestalt”.

### ZAŁOŻENIA PSYCHOLOGII POSTACI WEDŁUG CONRADA

W swojej książce „Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns”<sup>13</sup> Klaus Conrad (1905-1961) z pomocą metod psychologii postaci próbował opisać sposób przeżywania występujący w czasie epizodu psychotycznego. Opisał typowe etapy choroby: treść, która jest formą stadium wstępnego lub fazą prodromalną, gdy występują zmiany w sferze afektywnej, pojawia się lęk, depresja oraz poczucie winy, nieufność i nastrój urojeniowy. W stadium apofanii, która jest „jądrem przeżycia psychotycznego”,<sup>13</sup> w wyniku głębokich zmian postrzegania dochodzi do anormalnego odbierania znaczeń, pojawiają się objawy takie jak urojenia, zaburzenia rozpoznawania osób, przeżycia omnipotencji, nasyłania myśli, rozgłaśniania myśli lub odczucia cielesne. W fazie apokaliptycznej dochodzi w końcu do „rozpadu postaci” pod postacią objawów katatonii. W czasie fazy konsolidacji dotychczasowe fazy przebiegają w odwrotnej kolejności. Następujący po tym

stan rezydualny określany jest tak z powodu „redukcji potencjału energetycznego”, przejawiającego się głównie osłabieniem woli.

Na tej podstawie Conrad podjął próbę opisu różnych form przebiegu choroby. Jeżeli występuje na przykład tylko faza tremy, a potem następuje powrót do zdrowia, można to opisać jako psychozę lękową. Jeżeli natomiast osiągnięte zostanie stadium apofanii będzie to psychoza odnosząca (Beziehungspychose). W przeciwieństwie do takich epizodów, o pewnym „procesie” mówi się, gdy w przebiegu choroby dochodzi do znacznej „utrąty potencjału energetycznego”. Conrad nie uważał jednak, by podział przebiegu na określone typy miał większy sens. I tak na przykład przed każdą fazą katatoniczną i po niej może pojawić się stadium paranoidalne. Objawy katatoniczne są tym samym pewną formą przeżyć psychotycznych. Również cała idea diagnostyki opartej na kategoriach, sięgająca wstecz do Kraepelina, staje pod znakiem zapytania, gdyż w psychozach schizofrenicznych w fazie tremy często pojawiają się wyraźne objawy depresyjne i maniakalne.<sup>13,20</sup> Określenie schizofrenia służy więc jedynie do opisu pewnej choroby psychicznej, w której można stwierdzić przynajmniej fazę apofanii.

Podczas gdy koncepcja Conrada miała doprowadzić do dekonstrukcji pojęcia schizofrenia na rzecz modelu jednej psychozy postrzeganej raczej na sposób wymiarowy, szkoła Wernickego-Kleista-Leonharda podążała w całkiem innym kierunku.

#### NOZOLOGIA RÓŻNICOWA WEDŁUG KARLA LEONHARDA

Na podstawie wcześniejszych prac Carla Wernickego i Karla Kleista, Karl Leonhard (1904-1988) zaproponował podział psychoz endogennych na 4 grupy:<sup>16</sup>

- psychozy przebiegające fazowo,
- psychozy cykloidalne,
- schizofrenie układowe,
- schizofrenie nieukładowe.

Przy tym psychozy cykloidalne dzielono na psychozę przebiegającą zmiennie z lękiem i poczuciem szczęścia, psychozę przejawiającą się splątaniem i psychozą mobilną, a schizofrenie nieukładowe na parafrenie afektywne, katafazję i katatonię okresową. W końcu układowe schizofrenie dzielono na różne katatonie, hebefrenie oraz parafrenie.

Karl Leonhard uważał, że w większości przypadków już na początku choroby na podstawie aktualnego stanu psychicznego można przyporządkować jej odpowiedni typ przebiegu. Tym samym z rozpoznaniem zawsze jest związana jakaś prognoza. Przykładowo, w przypadku psychozy cykloidalnej po każdej fazie wy-

stępuje całkowita remisja, bez śladu po chorobie. Natomiast ze schizofreniami związany jest zawsze niekorzystny przebieg. Schizofrenie nieukładowe przebiegają na początku często epizodycznie, podobnie jak psychozy cykloidalne, w dalszym przebiegu pozostawiają jednak coraz silniej wyrażone uszkodzenie. Schizofrenie układowe już na początku charakteryzują się przebiegiem przewlekłym. Z powodu ostrości nasilenia objawów<sup>16</sup> są one porównywane z układowymi chorobami neurologicznymi. Podczas gdy Conrad w swoich analizach psychologicznych opierał się w przeważającej mierze na początkowej fazie choroby, Leonhard zaczął oceniać cały przebieg. W szczególności dużą swoistość psychopatologiczną przypisywał stadium zejściowemu. Jest to podobne do koncepcji Jaspersa mówiącej, że na podstawie długoterminowej obserwacji klinicznej można opracować odpowiednią typologię różnicową.

Koncepcje Leonharda skłaniają się ostatecznie w kierunku dekonstrukcji pojęcia schizofrenia na rzecz szeregu podtypów psychopatologicznych.

#### Omówienie

##### KONCEPCJE HISTORYCZNE A DIAGNOZA SCHIZOFRENII WE WSPÓŁCZESNYCH KLASYFIKACJACH DIAGNOSTYCZNYCH

W tabeli 1 przedstawiono przegląd wcześniejszych koncepcji schizofrenii. Staje się jasne, że niektóre z nich znacznie się między sobą różnią.

We współczesnych systemach klasyfikacyjnych ICD-10 i DSM-IV można dziś znaleźć kryteria lub wskazówki kliniczne służące do rozpoznania schizofrenii. W ten sposób z jednej strony w codziennej praktyce klinicznej ustalanie rozpozna-

**Tabela 1.** Przegląd najważniejszych historycznych koncepcji schizofrenii

Autor	Koncepcja
Emil Kraepelin <sup>15</sup>	„Dementia praecox” jako choroba bez konkretnego czynnika organicznego, o przewlekłym przebiegu, wiążąca się ze swoistym „stanem osłabienia funkcji psychicznych”
Eugen Bleuler <sup>12</sup>	„Grupa schizofrenii” jako heterogenna grupa chorób, w których dochodzi do rozdzielenia procesów psychicznych i w których w zaawansowanym stadium zawsze pojawiają się tzw. objawy podstawowe
Karl Jaspers <sup>14</sup>	„Procesy” jako choroby, w których nie można wskazać konkretnego czynnika organicznego, prowadzące do zmiany osobowości i charakteryzujące się „szczególnym rodzajem schizofrenicznego życia psychicznego” („nie do odczucia”)
Kurt Schneider <sup>17</sup>	„Schizofrenia” jako pojęcie abstrakcyjne, określenie chorób, w których występują objawy pierwszorzędowe i których nie można wytłumaczyć zaburzeniem somatycznym
Klaus Conrad <sup>13</sup>	„Schizofrenia” jako choroba psychiczna, w której pojawia się faza doświadczania zjawiska apofanii. Propozycja dekonstrukcji pojęcia schizofrenia na rzecz koncepcji jednej psychozy wraz z oceną poszczególnych wymiarów
Karl Leonhard <sup>16</sup>	„Schizofrenie układowe i nieukładowe” jako psychozy o niekorzystnym przebiegu. Propozycja dekonstrukcji pojęcia schizofrenia na rzecz różnicowania i typologii psychoz endogennych

nia podlega pewnym standardom, a z drugiej ułatwia poszukiwanie istotnych czynników patogenetycznych. Rozpoznanie jest stawiane zgodnie z określonymi zasadami na podstawie występowania lub braku różnych objawów, jak również czasu ich trwania. Takie postępowanie służy przede wszystkim uzyskaniu wysokiej zgodności między badającymi. Takie założenie sięga wstecz do Schneidera, który podając definicję schizofrenii, dążył do osiągnięcia wspólnej płaszczyzny porozumienia, jeżeli chodzi o określenie.<sup>21</sup>

Zarówno ICD-10, jak i DSM-IV podają kryteria dla już istniejących jednostek chorobowych.<sup>22</sup> W kryteriach, względnie wskazówkach diagnostycznych dotyczących schizofrenii, ponownie pojawiają się objawy pierwszorzędowe, które zostały opracowane przez Schneidera. W ICD-10 i DSM-IV występują także objawy podstawowe Bleulera.<sup>11</sup> Nie spotyka się natomiast wyraźnych odniesień do przebiegu choroby w takim sensie, jak rozumiał to Kraepelin. Tym samym można stwierdzić, że ICD-10 i DSM-IV w zakresie wyboru kryteriów diagnostycznych,<sup>11</sup> ale przede wszystkim pod względem diagnostycznym<sup>21</sup> opiera się w dużej mierze na koncepcji schizofrenii według Schneidera.

#### WSPÓŁCZESNE PROBLEMY DOTYCZĄCE KONCEPCJI SCHIZOFRENII

Słabością współczesnej diagnostyki psychiatrycznej i koncepcji schizofrenii jest brak wyodrębnienia poszczególnych jednostek chorobowych na podstawie ich właściwości neurobiologicznych, opisu psychopatologicznego czy przebiegu. Dlatego kwestionowana jest możliwość weryfikacji takiego konstruktu diagnostycznego, jakim jest dzisiaj schizofrenia.<sup>23</sup>

Liczne dane wskazują, że neurobiologiczne czynniki ryzyka różnych zaburzeń psychicznych, takich jak schizofrenia i choroba afektywna dwubiegunowa, są wspólne,<sup>24-26</sup> dlatego kwestionowany jest podział kategorialny.<sup>27</sup> Podobnie jest w przypadku danych pochodzących z badań neurochemicznych i neuropatologicznych, gdzie również między tradycyjnymi grupami stwierdzono liczne cechy wspólne.<sup>28-30</sup> Z drugiej strony, obecnie zakłada się, że geneza zaburzeń schizofrenicznych jest wieloczynnikowa. Model podatności na stres zajmuje tutaj ważne miejsce.<sup>31</sup> Co więcej, większość badań wskazuje na pewną ciągłość objawów psychopatologicznych w różnych grupach diagnostycznych.<sup>32-34</sup> Wydaje się, że podobne stany przejściowe występują także na granicy choroby i zdrowia psychicznego.<sup>35-37</sup>

Na podstawie wyników licznych badań wysunięto prawie jednoznaczne wnioski o heterogennym przebiegu schizofrenii.<sup>38-41</sup> Stwierdzono również, że objawy lub zespół objawów rzadko charakteryzuje się stabilnością, a u części osób w perspektywie długofalowej rozpoznanie jest zmieniane.<sup>42,43</sup> Opisano dużą liczbę przypadków nakładania się zaburzeń afektywnych i schizofrenii.<sup>44</sup> Aktualność tradycyjnych podtypów schizofrenii jest kwestionowana.<sup>45,46</sup> W szczególności przy długotrwałym przebiegu notuje się wzrost częstości podtypów niezróżnicowanych lub rezydualnych.<sup>47</sup> W związku z tym poja-

wia się pytanie, czy współcześnie wykorzystywane możliwości terapeutyczne zmieniły naturalny przebieg psychoz schizofrenicznych, w porównaniu na przykład z opisami pozostawionymi przez Kraepelina, Conrada czy Leonharda. Dyskusja taka dotyczy w szczególności katatonii, która współcześnie jest obserwowana zauważalnie rzadziej niż kiedyś.<sup>48</sup> Wydaje się, że również moment rozpoczęcia leczenia wpływa na przebieg psychozy schizofrenicznej, co sugerują wyniki badań dotyczących okresu nieleczzonej psychozy.<sup>49</sup>

#### PSYCHOPATOLOGICZNE ŹRÓDŁA AKTUALNYCH PROBLEMÓW

Cel Kraepelina, by uporządkować jednostki chorobowe pod kątem jednakowej etiologii, neuropatologii i przebiegu klinicznego,<sup>15</sup> na razie należy traktować jako niezrealizowany. Obecne określenie schizofrenii mieści się na poziomie konwencji czysto abstrakcyjnej, tak jak po raz pierwszy proponował Schneider.<sup>17</sup> Był on zdania, że w najbliższej przyszłości wyjaśnienia przyczyn neurobiologicznych psychoz spodziewać się nie należy.

Schneider nie kontynuował myśli Jaspersa, który proponował by nie tylko nie przestawać na jedynie stawianiu rozpoznania ogólnej jednostki chorobowej, jak to opisał Kraepelin, ale na podstawie obserwacji przebiegu psychopatologicznego próbować określać różne typy diagnostyczne.<sup>14</sup> Jak sam pisał, objawy pierwszorzędowe nie służą do tego, aby określać związki psychopatologiczne charakterystyczne dla schizofrenii.<sup>17</sup> Również z punktu widzenia rokowania nie mają one istotnego znaczenia. Dlatego nie dziwi, że w wątpliwość podawane jest znaczenie diagnostyczne objawów pierwszorzędowych,<sup>50</sup> a wraz z tym kwestionowana jest cała współczesna koncepcja schizofrenii mająca odzwierciedlenie w klasyfikacjach ICD-10 i DSM-IV. Koncepcja schizofrenii, która nie opiera się ani na jednoznacznych danych pochodzących z badań neurobiologicznych, ani na spójnej charakterystyce psychopatologicznej w dłuższej perspektywie jest nie do utrzymania.

Mimo tych krytycznych uwag należy wskazać zasługi Schneidera. Z jednej strony miał on zasadniczy wkład w standaryzację diagnostyki psychiatrycznej.<sup>21</sup> Z drugiej, od tego czasu pojawił się pewien istotny impuls do dalszych badań psychopatologicznych i neurobiologicznych, które były kontynuowane przede wszystkim przez Hubera. Konkretnie należy wymienić tutaj badania wolumetryczne mózgu, jak również koncepcję pierwotnego uszkodzenia.<sup>51</sup>

Conrad i Leonhard dystansowali się wyraźnie w swoich pracach od nominalnego pojęcia schizofrenii według Schneidera. Conrad w swojej koncepcji jednostek psychotycznych poszedł w kierunku diagnostyki wymiarowej, Leonhard natomiast zaproponował typologię różnicową.

#### MODELE WYMIAROWE CZY PODTYPY?

Niezadowolenie związane z obecną koncepcją schizofrenii widać wyraźnie również w dyskusjach dotyczących ICD-11

i DSM-5. Jako alternatywa dla tradycyjnej diagnostyki psychiatrycznej opartej na kategoriach obecnie preferowane są modele wymiarowe.<sup>8,9,44,52-57</sup> W szczególności proponuje się, by obok objawów pozytywnych i negatywnych,<sup>58</sup> bardziej niż dotychczas zwracać uwagę na zaburzenia poznawcze, które traktowane są jako oddzielny wymiar.<sup>59</sup> Obecnie oprócz Hafnera<sup>8</sup> podejście wymiarowe bardzo wyraźnie prezentowane jest przez van Osa.<sup>9</sup> W ten sposób zespół „salience dysregulation syndrome” wraz z poszczególnymi wymiarami objawów pozytywnych, negatywnych, dezorganizacji, rozwojowych zaburzeń poznawczych, manii i depresji mógłby zastąpić określenie schizofrenia. Kategorie uzupełniające mogłyby powstać dzięki dodaniu następujących określeń: „z ekspresją afektywną” (z przewagą symptomatyki depresyjnej lub maniakalnej) i „z ekspresją rozwojową” (z przewagą zaburzeń poznawczych lub objawów negatywnych).<sup>9</sup> Tęgo typu podejście wymiarowe wymaga jednak nowej koncepcji opartej na badaniach klinicznych, metaanalizach i odniesienia do zaleceń terapeutycznych.<sup>60</sup>

Z drugiej strony można sobie wyobrazić również inne podejście polegające na tworzeniu podtypów. Na przykład, takie jak proponowane przez Andreasen, aby w obrębie schizofrenii zidentyfikować podgrupy z różnym przebiegiem choroby.<sup>6</sup> Pierwotne założenia takiej typologii można odnaleźć już dziś w klasyfikacjach ICD-10 i DSM-IV. Aktualność takich konstruktów diagnostycznych, jak na przykład zaburzenie schizoafektywne lub tradycyjne podtypy schizofrenii, jest jednak wątpliwa.<sup>46,61</sup> Kolejnym przykładem próby tworzenia podtypów jest koncepcja „zespołu deficytu”.<sup>62</sup> Zarówno jednak koncepcja wymiarowa, jak również założenia typologiczne prowadzą do dekonstrukcji tradycyjnego pojęcia schizofrenii.

#### AKTUALNE PROPOZYCJE DLA KLASYFIKACJI DSM-5 I ICD-11

Wiosną 2010 roku Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA) po raz pierwszy przedstawiło konkretne propozycje dotyczące diagnozy zaburzeń psychicznych w DSM-5 (tab. 2). Na razie trudno przewidzieć, jaki będzie dalszy rozwój klasyfikacji ICD-11.

Propozycje rozpoznania zaburzeń psychicznych w DSM-5 charakteryzują się przede wszystkim tym, że wprowadzone zostały dodatkowe elementy diagnostyczne, takie jak na przykład ogólna wymiarowa skala oceny. Składa się ona z 9 pozycji (omamy, urojenia, dezorganizacja, zaburzenia psychosomatyczne, błądliwość emocjonalna, zaburzenia nępegu, zaburzenia poznawcze, depresja, mania), które każdorazowo ocenia się na skali od 0 do 4 punktów. Nie został natomiast przyjęty postulat, by jeszcze bardziej rozbudować system podtypów. Wręcz przeciwnie, zaniechano dotychczasowego tradycyjnego podziału schizofrenii na poszczególne postacie.

Mimo wprowadzonych propozycji zmian nie należy zapominać, że według DSM-5 w centrum diagnostyki zaburzeń psychiatrycznych przypuszczalnie wciąż stać będzie schneiderowska koncepcja schizofrenii, która ograniczona jest wyłącznie przez operacyjne kryteria diagnostyczne i nie ma oparcia na wspólnych cechach neurobiologicznych czy związkach psychopatologicznych. Nie dziwi więc, że już teraz myśli się o kolejnej weryfikacji DSM-5. I tak na przykład Gaebel i Zielasek<sup>63</sup> proponują, aby z powodu przewidywanych postępów w dziedzinie genetyki, obrazowania i neurofizjologii systemy diagnostyczne były weryfikowane częściej niż dotychczas. Przy czym wciąż wyrażana jest nadzieja dotycząca stworzenia systemu klasyfikacyjnego zaburzeń psychicznych opartego na podstawach neurobiologicznych.<sup>52,64</sup>

#### PODSTAWY PSYCHOPATOLOGICZNE CZY NEUROBIOLOGICZNE?

Model chorobowy Kraepelina i postulat dotyczący przyczyn somatycznych według Schneidera miały znaczny wpływ na poszukiwania potencjalnych przyczyn neurobiologicznych w patogenezie schizofrenii. W szczególności dzięki metodom biomolekularnym i obrazowym uzyskano istotne dane na temat etiopatogenezy.<sup>65,66</sup> Na przykład w mózgu osób z populacji należącej do grupy ryzyka znaleziono zmiany strukturalne związane z późniejszym rozwojem psychozy schizofrenicznej.<sup>67</sup> Mimo wszystkich optymistycznych oczekiwań dotyczących przyszłego wpływu badań neurobiologicznych na systemy klasyfikacyjne i diagnostykę zaburzeń psychiatrycznych<sup>24,64</sup> pojawiają się pewne wątpliwości. Techniki diagnostyczne w przypadku chorób psychicznych służą dzisiaj do tego, aby w pewnych przypadkach psychoz móc wykluczyć przyczynę czysto organiczną.<sup>68</sup>

Należy więc zastanowić się nad tym, czy w pracach nad systemem diagnostycznym dotyczącym psychiatrii należy opierać się wyłącznie na koncepcjach psychopatologicznych, metodach i wynikach badań. Nie powinno ograniczać się jednak tylko do określenia katalogu kryteriów o dużej wiarygodności, tak jak to miało miejsce po raz pierwszy w przypadku objawów pierwszorzędowych a następnie w operacyjnych systemach diagnostycznych.<sup>69</sup> O wiele bardziej należałoby postarać się o to, by określić typową charakterystykę i cechy psychopatologiczne. W tym zakresie brak jest jednak odpowiednich propozycji dla DSM-5. Przy akceptacji w psychopatologii definicji

**Tabela 2.** Propozycje przyszłych zasad diagnostycznych zaburzeń psychicznych w DSM-5<sup>75</sup>

Zachowanie większości dotychczasowych kryteriów diagnostycznych (np. schizofrenia) z niewielkimi zmianami dotyczącymi poszczególnych kryteriów diagnostycznych

Rezygnacja z podziału schizofrenii na tradycyjne podtypy

Wprowadzenie „zespołu ryzyka psychozy”

Wprowadzenie możliwości dodatkowego kodowania („specifier”) zespołu katatonicznego poza rozpoznaniem

Wprowadzenie ogólnie diagnostycznej wymiarowej skali oceny

czysto nominalnych weryfikacja koncepcji diagnostycznych może mieć miejsce jedynie na podstawie wyników badań biologicznych.<sup>70,71</sup> Jak dotąd taki sposób nie był skuteczny. Badania nad psychopatologią nie powinny ograniczać się również jedynie do stosowania multiwariacyjnych metod statystycznych, jak to często jest w przypadku dużych badań epidemiologicznych.<sup>32,36,37,54</sup> Pojedyncze objawy psychopatologiczne oceniane są wtedy wielokrotnie, tylko na podstawie prostych inwentarzy, a wyniki przeliczane są dalej w oderwaniu od kontekstu, bez uwzględniania typowych właściwości oraz obrazu przekrojowego i podłużnego.<sup>69,72</sup>

Pomijając to, że w codziennej praktyce klinicznej system klasyfikacyjny i diagnostyczny, który opiera się na skomplikowanych metodach, nie wydaje się ani sensowny, ani praktyczny, istnieją też argumenty przemawiające za diagnostyką psychiatryczną na podstawach psychopatologicznych. Rozumienie psychopatologii i związków psychicznych istotnie wpływa na decyzje kliniczne, na przykład w odniesieniu do procesu terapeutycznego lub opiniowania. W takiej sytuacji pomocna może być koncepcja Conrada, mówiąca o tym, by rozumieć sposób przeżywania w poszczególnych fazach psychozy schizofrenicznej i odpowiednio reagować. Założenia Leonharda mogą natomiast być pomocne w ocenie rokowania na podstawie aktualnego stanu psychicznego.

#### MOŻLIWOŚCI DIAGNOSTYKI TRÓJOSIOWEJ

Conrad i Leonhard podjęli próbę stworzenia szczegółowej koncepcji psychopatologicznej. To, że doszli do różnych wniosków, nie powinno skłaniać do rezygnacji, lecz być zachętą do dalszych badań w dziedzinie psychopatologii. Mimo że bardziej wymiarowe założenia Conrada oraz model określania podtypów według Leonharda są całkowicie przeciwnymi koncepcjami, to można je powiązać. Na podstawie koncepcji Erika Essen-Moellera<sup>73</sup> można zaproponować wieloosiowy system diagnostyczny dla zaburzeń psychicznych obejmujący trzy osie: objawy, przebieg i etiologię.<sup>74</sup>

Na I osi (objawów) można uporządkować aktualnie występujące objawy psychopatologiczne, co przypomina obecne próby diagnostyki opartej na wymiarach. Z pomocą osi II (przebiegu) można przyporządkować różne typy przebiegu choroby. Do dziś wciąż niejasne jest jednak, czy w chorobach psychicznych istnieją stabilne typy przebiegu, czy raczej ich przebieg zależy od zastosowanych interwencji terapeutycznych lub innych czynników zewnętrznych. Pomijając to, takie określenie już na początku choroby może się okazać bardzo trudne. Na osi III (etiologii) można zaznaczyć odpowiednie czynniki neurobiologiczne i psychospołeczne, które mogą wpływać na powstanie choroby. Ostatecznie dobrze byłoby uwzględnić, że współdziałanie czynników genetycznych i wpływów środowiskowych może wywoływać zaburzenia psychiczne, względnie modulować ich nasilenie i przebieg.

#### Podsumowanie praktyczne

Koncepcja schizofrenii, która nie ma oparcia w jasnych i spójnych wynikach badań neurobiologicznych lub psychopatologicznych, jest nie do utrzymania w perspektywie długoterminowej. Ponieważ w najbliższej przyszłości znalezienie przyczyn biologicznych wydaje się mało prawdopodobne, decydującą rolę w diagnostyce psychiatrycznej powinna odgrywać psychopatologia. Nie można przy tym weryfikować kryteriów diagnostycznych tylko na podstawie wyników badań biologicznych. Typowe charakterystyki i właściwości powinny być opisane w o wiele szerszym zakresie, tak jak to robili wcześniej Conrad lub Leonhard. Ich założenia prowadzą jednak do dekonstrukcji tradycyjnego pojęcia określenia schizofrenia na rzecz koncepcji wymiarowej lub bardziej rozbudowanej typologii. W powiązaniu tych dwóch, różnych podejść przydatny mógłby okazać się trójosiowy system diagnostyczny, składający się z osi objawów, przebiegu i etiologii.

© Springer Medizin Verlag 2012: This article *Auflösung des Schizophreniebegriffes* by M. Jäger, K. Frasch, F.U. Lang, T. Becker is translated and reproduced with permission from Springer.

#### Piśmiennictwo

- Borsche J, Schomerus G, Matschinger H, Angermeyer MC (2007) Ein Irrtum der Gebildeten? Gespaltene Persönlichkeit und Schizophrenie. *Psychiatr Prax* 34:384–387.
- Kingdon DG, Kinoshita Y, Naefem F et al (2007) Schizophrenia can and should be renamed. *BMJ* 334:221–222.
- Lieberman JA, First MB (2007) Renaming schizophrenia. *BMJ* 334:108.
- Allardyce J, Gaebel W, Zielasek J, Os J van (2007) Deconstructing psychosis conference February 2006: the validity of schizophrenia and alternative approaches to the classification of psychosis. *Schizophr Bull* 33:863–867.
- Sato M (2006) Renaming schizophrenia: a Japanese perspective. *World Psychiatry* 5:53–55.
- Andreasen NC (2006) Standardized remission criteria in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 113:81.
- Gaebel W, Zielasek J (2008) The DSM-V initiative „deconstructing psychosis“ in the context of Kraepelin's concept on nosology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 258(Suppl 2):41–47.
- Häfner H (2007) Ist die Diagnose Schizophrenie noch sinnvoll? *Psychiatr Prax* 34:175–180.
- Os J van (2009) A salience dysregulation syndrome. *Br J Psychiatry* 194:101–103.
- Hoening J (1995) Schizophrenia. In: Berrions G, Porter R (Hrsg) *A history of clinical psychiatry: the origin and history of psychiatric disorders*. Univ Press, New York, S 336–348.
- Klosterkötter J (1998) Zur definitorischen Neufassung der schizophrenen Störungen in ICD-10 und DSM-IV. *Fortschr Neurol Psychiatr* 66:133–143.
- Bleuler E (1911) *Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien*. In: Aschaffenburg G (Hrsg) *Handbuch der Psychiatrie, Teil Deuticke, Leipzig*.
- Conrad K (1979) *Die beginnende Schizophrenie: Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns*, 4. Aufl. Thieme, Stuttgart.
- Jaspers K (1923) *Allgemeine Psychopathologie*, 3. Aufl. Springer, Heidelberg.
- Kraepelin E (1896) *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, 5. Aufl. Barth, Leipzig.
- Leonhard K (1957) *Die Aufteilung der endogenen Psychosen*. Akademie, Berlin.
- Schneider K (1987) *Klinische Psychopathologie*, 13. Aufl. Thieme, Stuttgart.
- Hoff P (1985) Zum Krankheitsbegriff bei Emil Kraepelin. *Nervenarzt* 56:510–513.
- Tölle R (2008) Eugen Bleuler (1857–1939) und die deutsche Psychiatrie. *Nervenarzt* 79:90–98.
- Conrad K (1958) Das Problem der „nosologischen Einheit“ in der Psychiatrie. *Nervenarzt* 11:488–494.
- Jäger M, Strauß A, Frasch K, Becker T (2007) Konzeptuelle Grundlagen der operationalen Diagnostik in der Psychiatrie. *Fortschr Neurol Psychiatr* 75:478–483.
- Klosterkötter J (1999) Psychiatrische Klassifikation. Grundidee und bisherige Entwicklung eines unabgeschlossenen Prozesses. *Fortschr Neurol Psychiatr* 67:558–573.

23. Kendell RE, Jablensky A (2003) Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry* 160:4–12.
24. Craddock N, O'Donovan MC, Owen MJ (2006) Genes for schizophrenia and bipolar disorder. Implications for psychiatric nosology. *Schizophr Bull* 32:9–16.
25. Green E, Raybould R, Macgregor S et al (2005) Operation of the schizophrenia susceptibility gene, neuregulin 1, across traditional diagnostic boundaries to increase risk for bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry* 62:642–648.
26. Maier W, Lichtermann D, Franke P et al (2002) The dichotomy of schizophrenia and affective disorders in extended pedigrees. *Schizophr Res* 57:259–266.
27. Craddock N, Owen MJ (2010) The Kraepelinian dichotomy – going, going ... but still not gone. *Br J Psychiatry* 196:92–95.
28. Koh PO, Undie AS, Kabbani N et al (2003) Up-regulation of neuronal calcium sensor-1 (NCS-1) in the prefrontal cortex of schizophrenic and bipolar patients. *Proc Natl Acad Sci U S A* 100:313–317.
29. Roy PD, Zipursky RB, Saint-Cyr JA et al (1998) Temporal horn enlargement is present in schizophrenia and bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 44:418–422.
30. Tkachev D, Mimmack ML, Ryan MM et al (2003) Oligodendrocyte dysfunction in schizophrenia and bipolar disorder. *Lancet* 362:798–805.
31. Zubin J, Spring B (1977) Vulnerability – a new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 86:103–126.
32. Angst J, Scharfetter C, Stassen HH (1983) Classification of schizo-affective patients by multidimensional scaling and cluster analysis. *Psychiatr Clin* 16:254–264.
33. Jablensky A, Woodbury MA (1995) Dementia praecox and manic-depressive insanity in 1908: a grade of membership analysis of the Kraepelinian dichotomy. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 245:202–209.
34. Kendell RE, Gourlay J (1970) The clinical distinction between the affective psychoses and schizophrenia. *Br J Psychiatry* 117:261–266.
35. Angst J, Scharfetter C (2002) Gedanken zum schizophrenen Spektrum aus epidemiologischer Sicht. *Fortschr Neurol Psychiatr* 69(Suppl 2):92–94.
36. Os J van (2003) Is there a continuum of psychotic experiences in the general population? *Epidemiol Psychiatr Soc* 12:242–252.
37. Verdoux H, Os J van (2002) Psychotic symptoms in non-clinical populations and the continuum of psychosis. *Schizophr Res* 54:59–65.
38. Hegarty JD, Baldessarini RJ, Tohen M et al (1994) One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome literature. *Am J Psychiatry* 151:1409–1416.
39. Huber G (1997) The heterogeneous course of schizophrenia. *Schizophr Res* 28:177–185.
40. Jäger M, Bottlender R, Strauss A, Möller HJ (2004) Klassifikation der funktionellen Psychosen. Die Bedeutung der ICD-10-Diagnosen (Forschungskriterien) für die Vorhersage des Langzeitverlaufes. *Fortschr Neurol Psychiatr* 72:70–78.
41. Marneros A, Deister A, Rhode A et al (1989) Long-term outcome of schizoaffective and schizophrenic disorders: a comparative study. Part I: definitions, methods, psychopathological and social outcome. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 238:118–125.
42. Chen YR, Swann AC, Burt DB (1996) Stability of diagnosis in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 153:682–686.
43. Möller HJ, Hohe-Schramm M, Cording-Tömmel C et al (1989) The classification of functional psychoses and its implications for prognosis. *Br J Psychiatry* 115:467–472.
44. Maurer K, Trendler G, Schmidt M et al (2006) Schizophrenie und Depression. *Nervenarzt* 77:809–822.
45. Goldberg TE, Weinberger DR (1995) A case against subtyping in schizophrenia. *Schizophr Res* 17:147–152.
46. McGlashan TH, Fenton WS (1991) Classical subtypes for schizophrenia: literature review for DSM-IV. *Schizophr Bull* 17:609–632.
47. Kendler KS, Gruenberg AM, Tsuang MT (1985) Subtype stability in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 142:827–832.
48. Mahendra B (1981) Where have all the catatonics gone? *Psychol Med* 11:669–671.
49. Perkins DO, Gu H, Boteva K, Lieberman JA (2005) Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 162:1785–1804.
50. Nordgaard J, Arnfred SM, Handest P, Parnas J (2008) The diagnostic status of first-rank symptoms. *Schizophr Bull* 34:137–154.
51. Huber G (1983) Das Konzept der substratnahen Basissymptome und seine Bedeutung für Theorie und Therapie schizophrener Erkrankungen. *Nervenarzt* 54:23–32.
52. Craddock N, Owen MJ (2007) Rethinking psychosis: the disadvantages of a dichotomous classification now outweigh the advantages. *World Psychiatry* 6:20–27.
53. Häfner H, Maurer K, Trendler G et al (2005) Schizophrenia and depression: challenging the paradigm of two separate diseases – a controlled study of schizophrenia, depression and healthy controls. *Schizophr Res* 77:11–24.
54. Os J van, Gilvarry C, Bale R et al (1999) A comparison of the utility of dimensional and categorical representations of psychosis. *Psychol Med* 29:595–606.
55. Os J van (2009) Murray et al. (2004) revisited: is bipolar disorder identical to schizophrenia without developmental impairment? *Acta Psychiatr Scand* 120:249–252.
56. Rosenman S, Korten A, Medway J, Evans M (2003) Dimensional vs. categorical diagnosis in psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 107:378–384.
57. Widinger TA (2005) A dimensional model of psychopathology. *Psychopathology* 38:211–214.
58. Andreasen NC, Olsen SA (1982) Negative vs positive schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 39:789–794.
59. Hyman SE, Iyeva E (2008) Cognition in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 165:3.
60. Möller HJ (2008) Systematic of psychiatric disorders between categorical and dimensional approaches. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 258(Suppl 2):48–73.
61. Jäger M, Becker T, Haack S, Frasch K (2010) Schizoaffective disorder – an ongoing challenge for psychiatric nosology. *Eur Psychiatry* (in press). DOI:10.1016/j.eurpsy.2010.03.010
62. Carpenter WT Jr, Heinrichs DW, Wagman AM (1988) Deficit and nondeficit forms of schizophrenia: the concept. *Am J Psychiatry* 145:578–583.
63. Gaebel W, Zielasek J (2009) Future classification of psychotic disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 259(Suppl 2):213–218.
64. Hyman SE (2007) Can neuroscience be integrated into the DSM-V? *Nat Rev Neurosci* 8:725–732.
65. Gruber O, Falkai P (2009) Von der Identifizierung neurofunktionaler Systeme zur Individualisierung der Therapie schizophrener Störungen. *Nervenarzt* 80:12–21.
66. Mössner R, Maier W, Rujescu D (2009) Neue Erkenntnisse zur Genetik der Schizophrenie. *Nervenarzt* 80:6–11.
67. outsoulieris N, Gaser C, Bottlender R et al (2010) Use of neuroanatomical pattern regression to predict the structural brain dynamics of vulnerability and transition to psychosis. *Schizophr Res* 123:175–187.
68. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (2006) Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Steinkopff, Darmstadt.
69. Jäger M, Frasch K, Becker T (2008) Die Krise der operationalen Diagnostik in der Psychiatrie. *Nervenarzt* 79:288–294.
70. Janzarik W (1976) Die Krise der Psychopathologie. *Nervenarzt* 47:73–80.
71. SaB H (1990) Operationalisierte Diagnostik in der Psychiatrie. *Nervenarzt* 61:255–258.
72. SaB H (1994) Zur Problematik der operationalen Diagnostik in der Psychiatrie. In: Dilling H, Schulte-Markwort E, Freyberger HJ (Hrsg) Von der ICD-9 zur ICD-10: neue Ansätze der Diagnostik psychischer Störungen in der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hans Huber, Bern, S 149–156.
73. Essen-Möller E (1962) On classification of mental disorders. *Acta Psychiatr Scand* 37:119–126.
74. Jäger M, Frasch K, Becker T (2008) Neue Wege in der psychiatrischen Diagnostik? *Fortschr Neurol Psychiatr* 76:286–293.
75. <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/SchizophreniaandOtherPsychoticDisorders.aspx>. Zugegriffen: 26.04.2010

## KOMENTARZ



**Prof. dr hab. n. med. Jacek Wciórka**

I Klinika Psychiatryczna  
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Komentowany artykuł Jägera i wsp. wydaje mi się interesujący z kilku względów. Po pierwsze, przypomina historyczne, często już dziś zapomniane próby ujmowania psychoz schizofrenicznych, które jednak imponują i głębią, i rozmachem – a gdy przyjrzeć się im uważnie, można dostrzec, jak wiele mogłyby wnieść do dzisiejszych dyskusji i poszukiwań. Po drugie, zwracają uwagę na ciągle niepewny status teoretyczny i metodologiczny pojęcia schizofrenia skłaniający niektórych badaczy i klinicystów do kwestionowania zasadności założeń, bez których żywotność i przydatność tego pojęcia przestaje być oczywista. Po trzecie, odwołuje się do analiz psychopatologicznych jako jednej z metod konceptualizacji zjawisk klinicznych – chyba jednak, pod ciśnieniem neopozytywistycznych oczekiwań, przedwcześnie odsyłanej do lamusa. Po czwarte pokazuje żywo dyskutowany – przy okazji prac nad DSM-5 – problem wyboru wymiarowego bądź kategoryjnego ujmowania schizofrenii, proponując nieco eklektyczną propozycję ujęcia trójosiowego. Dzisiaj rezultat tej dyskusji już znamy (artykuł napisano w 2011 r., DSM-5 opublikowano w maju 2013 r.) – brak rozstrzygnięcia, wnioski odsunięte w przeszłość. Po piąte wreszcie – i po szóste, i po siódme, i bez końca – tekst sugeruje, że krytyczna refleksja nad podstawowymi koncepcjami organizującymi pracę kliniczną psychiatrii jest nie tylko konieczna, ale staje się współcześnie palącą potrzebą.

Bo bez niej psychiatria zanika, oddając pole innym sposobom uprawiania nauki (zdobywania rzetelnej wiedzy), które nawet wtedy, gdy odnoszą spektakularne sukcesy poznawcze (jak współcześnie neurobiologia) niekoniecznie przekładają się na to, do czego psychiatrię powołano i czym ona żyje (żyć powinna?), to jest do skutecznego pomagania chorującym psychicznie w ich cierpieniu i zdrowieniu.

W odniesieniu do cierpienia określanego jako schizofrenia niedostateczność naszej wiedzy jest może szczególnie widoczna. Coraz wyraźniej widać, jak trudno odnieść wnioski z wysublimowanych metodologicznie badań genetycznych, molekularnych czy obrazowych do tak obszernego pojęcia, jakim jest schizofrenia, jak niepewne są też wskazówki, wyjaśnienia czy rokowania wynikające z jego użycia w praktyce klinicznej. A z drugiej strony uważnemu klinicyście coraz trudniej odpierać słuszną krytykę schizofrenii podnoszoną przez wielu pacjentów niepokojonych mitami, stereotypami i uprzedzeniami narzucanymi przez historyczno-kulturową praktykę używania i nadużywania tego pojęcia.

Czarna chmura krytyki zbierająca się nad schizofrenią jest może jeszcze słabo widoczna w Polsce, ale jak dowodzi tego komentowany artykuł, a także wiele innych krytycznych tekstów cytowanych przez jego autorów, atmosfera wydaje się dojrzewać do przesilenia. Wiemy już, że ostatecznie nie doszło do niego podczas przygotowania DSM-5, ale dyskusja trwa i jej wynik pozostaje otwarty. Rodzi się pytanie – czy duch, intelekt i instrumentarium psychiatrii (jako medycyny) okażą się wystarczające, by skutecznie odpowiedzieć na te niepewności i wyzwania, by trafnie opisać, nazwać i osadzić ten rodzaj cierpienia w postaci przydatnej w pomaganiu ludziom, których ono dotknie? Co przyniesie czas – czy wiedza i praktyczne potrzeby doprowadzą do zmiany nazwy schizofrenia (np. na bardziej treściwą, przyjazną, zrozumiałą, lub niebudzącą stereotypowych uprzedzeń), czy za wystarczającą uznana będzie jego rekonstrukcja polegająca na przebudowie granic i zawartości pojęcia bez naruszenia jego nozograficznej pozycji i historycznej nazwy (np. wg pomysłu proponowanego w komentowanym artykule), czy może kiedyś dojdzie jednak do pełnej dekonstrukcji schizofrenii i – w konsekwencji – do ominięcia tego pojęcia lub do zaproponowania w to miejsce jakiegoś konstruktu całkiem innego, bardziej trafnego?

I co wtedy? Zapewne świat bez schizofrenii nadal istniałby, tak jak istniał przed jej „wynalezieniem” na przełomie XIX i XX wieku, ale czy psychiatria bez schizofrenii miałaby szansę przetrwania?