

Rozwój koncepcji schizofrenii i narzędzi do jej diagnozy

Development of the schizophrenia concept and diagnostic tools for its assessment

Dorota Frydecka, Andrzej Kiejna

Katedra i Klinika Psychiatrii AM we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kiejna

Summary

Despite the fact that along the last 100 years a number of diagnostic systems and clinical models of schizophrenia have been proposed, defining this psychiatric disorder in a manner acceptable in both clinical and research settings remains one of the most difficult tasks in psychiatry. While the description of symptoms and signs of the disorder has remained mainly unchanged over the years, the way in which the authors have articulated the varied phenomenological manifestations has been different across periods. Great strides that have been made in recent years have brought about a convergence on a definition of the illness as well as methods of assessment that are acceptable to workers from research centres across the world. The structured interviews brought an organizational focus to the traditional psychiatric interview that provided a strict format and directions to the interviewer, which enables systematic assessment of all the criteria necessary for a diagnosis according to the given diagnostic system. Having a consensually shared set of diagnostic criteria as well as structured assessment devices helped to ensure a more common unit of analysis in research across the world. Though most workers would hail the operationalization of diagnostic criteria as an advance in psychiatry, there remain concerns about the impact that the quest for increased diagnostic reliability might have on validity. Given that the ultimate goal of any diagnostic system is to provide insights into the aetiology, pathophysiology and treatment of the disorder, examining various alternative diagnostic constructs and their validity is still an important area of schizophrenia research.

Słowa klucze: koncepcje schizofrenii, narzędzia diagnostyczne, wywiad ustrukturyzowany

Key words: schizophrenia concepts, diagnostic tools, structured interview

Rozwój koncepcji schizofrenii

Zjawiska łączone dziś z pojęciem schizofrenii próbowano w przeszłości wyjaśnić, odwołując się do tradycji takich, jak religijna, moralna, prawna, społeczna czy filozoficzna. Medyczne ujęcie zyskiwało uznanie na przestrzeni ostatnich dwustu lat, a dopiero w drugiej połowie XIX w. zaczęto odstępować od nieprecyzyjnych i ogólnych pojęć diagnostycznych i używać ściślejszych terminów i podziałów. Istotnymi

terminami na drodze do współczesnego pojęcia schizofrenii były: *démence précoce* Morela (1853), pierwotny obłęd Griesingera (1867), katatonia Kahlbauma (1874) i hebefrenia Heckera (1871). Pojęcia te odpowiadały zapewne mniej więcej temu, co dziś uważa się za poszczególne podtypy schizofrenii. Zaproponowanie pojęcia nadrzędnego, scalającego wielość obserwacji klinicznych, było zasługą niemieckiego psychiatry Kraepelina [1]. Wprowadzenie przez niego terminu *dementia praecox* (otępienie wczesne), łączącego wcześniej opisywane zaburzenia, takie jak hebefrenia, katatonia i otępienie paranoidalne, było milowym krokiem w nowoczesnej diagnostyce psychiatrycznej i wyznaczyło współczesny kierunek myśli o tym, czym jest schizofrenia. Specyficzny rodzaj dysfunkcji psychicznego – obejmującego emocje, myślenie i wolę – działania stał się prototypem niekorzystnie rokującej psychozy z objawami deficytu i dezintegracji psychicznej. Kraepelin podkreślał wczesny początek i chroniczny przebieg choroby powodujący postępującą deteriorację w zakresie funkcjonowania poznawczego i społecznego.

W owe zręby koncepcji kraepelinowskiej wpisała się koncepcja Eugena Bleulera [2], który w 1911 r. stworzył pojęcie schizofrenii od greckiego *schizis* – rozszczepiam, i *phren* – umysł, wola. Jego zdaniem swoistym objawem schizofrenii, pozwalającym na jej rozpoznanie bez potrzeby śledzenia przebiegu tej choroby, jest rozszczepienie psychiczne, leżące u podstaw zaburzenia zintegrowanego funkcjonowania psychicznego i odbierające przeżyciom chorego zwarty i harmonijny charakter. Podejście Bleulera porządkowało diagnostykę według kryteriów symptomatologicznych (objawy podstawowe i dodatkowe), proponowało zarys teorii patogenezy (objawy pierwotne i wtórne) oraz znacząco poszerzyło granice choroby, uwzględniając postaci zaburzeń o objawach słabo wyrażonych i bardziej nasilonych (schizofrenia utajona i prosta). Za podstawowe objawy schizofrenii Bleuler uznał między innymi zaburzenia afektu, asocjacji, autyzm i ambiwalencję, podczas gdy objawy takie, jak: halucynacje, urojenia i dziwaczne zachowanie traktował jako objawy dodatkowe. Bleuler jako pierwszy użył określenia „grupa schizofrenii”, podkreślając tym samym, że heterogenność objawów obserwowana u pacjentów z tym rozpoznaniem wskazuje, że nie mamy do czynienia z pojedynczym zaburzeniem, ale najprawdopodobniej z grupą zaburzeń, które klasyfikowane są pod jedną nazwą.

Inną próbę zdefiniowania schizofrenii podjął Kurt Schneider [3], który opisał objawy pierwszorzędowe, czyli objawy o wysokiej wartości diagnostycznej, i objawy drugorzędowe. Stworzenie listy objawów pierwszorzędowych, obejmującej między innymi: ugięty umysł, głosy dyskutujące i komentujące, a także przeżycia oddziaływania na umysł czy oddziaływania cielesnego, miało na celu między innymi pomóc w różnicowaniu z chorobami afektywnymi. Jego pragmatyczne podejście dystansujące się wobec prób określania czynników etiologicznych stanowiło pierwszą próbę operacjonalizacji kryteriów diagnostycznych schizofrenii [4]. Z kolei Carl Schneider [5] przyjął zupełnie inny model definiowania schizofrenii. Uważał, że jej objawy, które współwystępują w tym samym czasie, które mają określoną wartość prognostyczną i mogą mieć wspólny mechanizm patogenetyczny leżący u ich podstaw, należy grupować w szersze jednostki – zespoły. Schneider wyróżnił trzy zespoły objawów, które odpowiadają dzisiejszemu podziałowi na objawy psychotyczne, objawy związane

z dezorganizacją i objawy negatywne. Zespoły te jego zdaniem mogą występować w różnych chorobach psychicznych i są wyrazem zaburzenia prawidłowego funkcjonowania psychologicznego. Było to pierwsze wielowymiarowe podejście do opisu fenomenologii schizofrenii. Choć współcześnie standardem w diagnozie schizofrenii pozostaje podejście kategoryjne, wydaje się, że dużą wartość diagnostyczną posiadają również modele, które umożliwiają wielowymiarową ocenę określonych grup objawów typowych dla schizofrenii [za: 6].

Diagnoza schizofrenii była problematyczna od najwcześniejszych klinicznych jej opisów, a zakres pojęcia schizofrenii rozszerzał się do lat 60. również w związku z pojawiającymi się psychodynamicznymi koncepcjami tego zaburzenia. W późniejszych latach wielu badaczy dążyło do uściślenia kryteriów diagnostycznych dla tej grupy psychoz. W 1959 roku w raporcie komitetu eksperckiego przy Światowej Organizacji Zdrowia (ang. World Health Organization, WHO), dotyczącym zdrowia psychicznego, brytyjski psychiatra Stengel przedstawił ideę przyszłej klasyfikacji diagnostycznej zawierającej zoperacjonalizowane definicje dla każdego zaburzenia [7]. Poparło go także grono badaczy z USA, którzy w początkach lat 70. XX wieku opublikowali kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych w celu ujednoczenia definicji diagnostycznych w centrach badawczych na całym świecie, umożliwiając porównania wyników badań w ramach różnych projektów. Pierwsza grupa badaczy z Waszyngtonu opublikowała kryteria diagnostyczne dla 14 zaburzeń psychicznych, znane jako kryteria Feighnera lub kryteria St. Louis [8]. Kilka lat później w zakresie części projektu we współpracy z Narodowym Instytutem Zdrowia Psychicznego (ang. National Institute of Mental Health, NIMH) – Robert Spitzer zmodyfikował kryteria Feighnera i uzupełnił je danymi dotyczącymi ciężkości, czasu trwania i przebiegu zaburzeń. Efektem tej pracy była publikacja badawczych kryteriów diagnostycznych (ang. research diagnostic criteria, RDC) służących do diagnozy 25 zaburzeń psychicznych [9]. Te kryteria były początkiem klasyfikacji DSM-III [10], do której wprowadzono także nowe kryteria jako wynik pracy komitetu ekspertów, działającego aż do powstania rewizji DSM-III-R w 1987 roku [11]. DSM-III, w odróżnieniu od poprzednich wersji klasyfikacji, zawierała jawnie zdefiniowane kryteria schizofrenii, ze szczególnym naciskiem na objawy pozytywne (urojenia, halucynacje, zaburzenia myślenia), a także kryteria dotyczące wieku zachorowania i czasu trwania zaburzenia.

Obecnie standardem w diagnozowaniu schizofrenii są kryteria opisane we współczesnych wersjach systemów klasyfikacyjnych – czwartej wersji amerykańskiego „Podręcznika diagnostyki i statystyki medycznej” (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, DSM) oraz dziesiątej wersji „Międzynarodowej statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych” (*International statistical classification of diseases and related health problems*, ICD). Wymienione systemy diagnostyczne w różny sposób odnoszą się do wcześniejszych koncepcji schizofrenii. Uważa się, że kryteria schizofrenii według ICD-10 silniej niż DSM-IV nawiązują do tradycji schneiderowskiej a słabiej do kraepelinowskiej. Różnice pomiędzy definicjami schizofrenii w ICD-10 i DSM-IV dotyczą między innymi kryterium czasu – w przypadku ICD-10, żeby postawić diagnozę schizofrenii, objawy muszą utrzymywać się przez 1 miesiąc, podczas gdy w przypadku DSM-IV wymaganych jest 6 miesięcy. Ponadto

zgodnie z DSM-IV w odróżnieniu od ICD-10 wymagane jest stwierdzenie deterioracji w zakresie funkcjonowania w porównaniu z okresem przedchorobowym. Klasyfikacja ICD-10 zawiera kryterium wyłączone dla zaburzeń nastroju przed pojawieniem się objawów schizofrenii, podczas gdy zgodnie z DSM-IV wymagane jest, żeby całkowity czas trwania wszystkich epizodów zaburzeń nastroju był krótszy od czasu trwania aktywnej i rezydualnej fazy schizofrenii.

Rozwój narzędzi do diagnozy schizofrenii

Wraz z trendem do ustalania precyzyjnych kryteriów diagnostycznych dla zaburzeń psychicznych pojawiły się próby tworzenia wywiadów ustrukturyzowanych do oceny objawów schizofrenii. Ustrukturyzowane wywiady porządkują tradycyjny wywiad, nadając mu określoną formę i dołączając wskazówki dla osoby zbierającej go, co pozwala na systematyczną ocenę wszystkich tych kryteriów, które są istotne z punktu widzenia diagnozy określonego zaburzenia psychicznego. Wprowadzenie ogólnie przyjętych zestawów kryteriów diagnostycznych i ustrukturyzowanych metod ich oceny zapewnia wysoką rzetelność diagnozy i ujednoczenie badań w różnych ośrodkach. Obecnie stosowane narzędzia diagnostyczne mają różny stopień strukturyzacji – są to wywiady w pełni ustrukturyzowane, które mogą być przeprowadzane przez odpowiednio do tego celu wyszkolone osoby nie posiadające wykształcenia medycznego, oraz częściowo ustrukturyzowane, które mogą prowadzić jedynie osoby mające odpowiednie doświadczenie kliniczne. Wraz z rozwojem klasyfikacji tworzone były narzędzia umożliwiające diagnozę zgodnie ze stosowanymi w danym okresie kryteriami. Tak powstały między innymi takie w pełni ustrukturyzowane wywiady, jak: PERI (ang. Epidemiological Research Interview, PERI) i RDI (ang. Renard Diagnostic Instrument, RDI) dla kryteriów Feighnera, DIS (ang. Diagnostic Interview Schedule, DIS) dla kryteriów RDC, DSM-III, DSM-III-R oraz DSM-IV [12]. Obecnie do badań epidemiologicznych i farmakologicznych używany jest Złożony Międzynarodowy Wywiad Diagnostyczny (ang. Composite International Diagnostic Interview, CIDI), który umożliwia stawianie diagnozy zgodnie z kryteriami DSM-IV i ICD-10 [13], oraz kwestionariusz MINI (ang. Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI), który umożliwia stawianie diagnozy zaburzeń psychicznych zgodnie z kryteriami ICD-10, DSM-III-R, DSM-IV na osi I [14].

Najlepiej znanym, jednym z pierwszych częściowo ustrukturyzowanych, jest Narzędzie do Oceny Obecnego Stanu Psychopatologicznego (ang. Present State Examination, PSE) [15], które było często wykorzystywane w międzynarodowych projektach, takich jak US-UK Cross National Project [16] czy International Pilot Study of Schizophrenia (IPSS) [17, 18]. W ostatniej, dziesiątej już, rewizji PSE wprowadzono zmiany, które umożliwiają stosowanie kryteriów diagnostycznych zaburzeń psychicznych zgodnie ze współcześnie funkcjonującymi systemami klasyfikacyjnymi: DSM-IV i ICD-10. Na podstawie PSE została stworzona Strukturalizowana Ocena Kliniczna w Neuropsychiatrii (ang. Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, SCAN) [19]. Narzędzie to zawiera dodatkowo moduły umożliwiające uwzględnianie danych z dokumentacji lekarskiej oraz informacje zebrane nie tylko od badanego,

ale też od innych osób udzielających wywiadu [20]. Uzupełnieniem tego narzędzia jest program komputerowy CATEGO służący do przetwarzania uzyskanych danych, umożliwiający ustalenie rozpoznania według kryteriów klasyfikacji ICD-10 i DSM-IV. SCAN jest przeznaczony do użytku klinicystów posiadających odpowiednią wiedzę w zakresie psychopatologii, przeszkolonych w wyznaczonych przez WHO centrach szkoleniowych.

W Stanach Zjednoczonych Spitzer i Endicott [21] stworzyli wywiad SADS (ang. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, SADS) jako dodatkowe narzędzie, oprócz kryteriów diagnostycznych, do celów badawczych (ang. Research Diagnostic Criteria, RDC) [22]. SADS był szeroko wykorzystywany, ponieważ ułatwiał uzyskanie informacji od pacjentów, które pozwalały na postawienie diagnozy schizofrenii spójnej z nowymi kryteriami diagnostycznymi, zgodnie z DSM-III, który ukazał się w 1980 roku. Wraz z wprowadzeniem DSM-III-R [23], na podstawie SADS stworzono Ustrukturyzowany Wywiad Kliniczny (Structured Clinical Interview for DSM-III-R, SCID) [24, 25], który w roku 1997 został zmodyfikowany tak, by odpowiadać zmianom wprowadzonym w czwartej wersji DSM [26]. SCID został stworzony jako narzędzie do diagnozy zespołów klinicznych (SCID-I) i zaburzeń osobowości (SCID-II). Do diagnozy klinicznej wykorzystywana jest wersja SCID-CV (ang. clinical version), natomiast do celów badawczych bardziej szczegółowa wersja SCID-RV (ang. research version). Do badań genetycznych wykorzystywany może być wywiad DIGS (ang. Diagnostic Interview for Genetic Studies, DIGS) [27]. Został on stworzony w ramach projektu Narodowego Instytutu Zdrowia Psychicznego (ang. National Institute of Mental Health, NIMH, Molecular Genetics Initiative, 1992) w celu umożliwienia dokładnej oceny przebiegu zaburzeń z uwzględnieniem chronologicznego porządku występowania objawów psychopatologicznych i ich grupowania się w czasie. DIGS służy przede wszystkim do diagnozy zaburzeń nastroju i psychotycznych, a także zaburzeń należących do ich spektrum. Narzędzie to pozwala na dokładną ocenę współchorobowości i – dzięki temu – analizę, które czynniki genetyczne mogą leżeć u podstaw współwystępujących zaburzeń psychicznych i być wspólnie dziedziczone.

Podejście polidiagnostyczne do oceny schizofrenii

W przeszłości w praktyce klinicznej i badaniach naukowych wykorzystywane były różne definicje schizofrenii i proponowane były różne kryteria, na podstawie których ją diagnozowano. Do najważniejszych należą między innymi kryteria Kraepelina, Bleule-
ra, Schneidera, Langfeldta [28], kryteria New Haven (ang. New Haven Schizophrenia Index, NHSI) [29], kryteria Taylora i Abramsa [30], kryteria Carpentera i wsp. (ang. 12-point flexible system) [31], kryteria wiedeńskie (ang. Vienna Research Criteria) [32, 33], kryteria francuskie (ang. French criteria) [34], kryteria Strupa, kryteria St. Louis [35], badawcze kryteria diagnostyczne (ang. Research Diagnostic Criteria, RDC) czy kryteria proponowane przez kolejne wersje systemów klasyfikacyjno-diagnostycznych: ICD i DSM. Różne systemy diagnostyczne przyjmują inne kryteria czasu trwania objawów, inaczej określają wiek zachorowania, w różnym stopniu uwzględniają obciążenie rodzinne, zawierają kryteria wykluczające dla objawów afektywnych i zaburzeń zwią-

zanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych, przyjmują określone rodzaje objawów wytwórczych jako podstawę diagnozy, a także w różnym stopniu odnoszą się do objawów negatywnych schizofrenii i funkcjonowania przedchorobowego.

Badania pokazują, że stosowanie różnych systemów diagnostycznych wpływa znacząco na częstość rozpoznawania schizofrenii [36], na typ pacjentów na ich podstawie diagnozowanych [37], oraz na stwierdzanie różnego odsetka kobiet i mężczyzn z diagnozą schizofrenii [38]. Różne definicje schizofrenii mają też inną użyteczność w sensie trafności zewnętrznej. Badania genetyczne bliźniąt przeprowadzone w Maudsley Hospital pokazały, że w zależności od przyjętej definicji schizofrenii wykazać można różnego stopnia związek pomiędzy czynnikami ryzyka a zachorowaniem na schizofrenię [39, 40]. Z kolei Brockington i wsp. [41] wykorzystali 10 definicji schizofrenii u pacjentów z objawami psychotycznymi, z których tylko 4 okazały się użytecznymi predyktorami przebiegu klinicznego i poziomu funkcjonowania społecznego. W dużym longitudinalnym badaniu wykorzystującym 9 różnych zestawów kryteriów do diagnozy schizofrenii wykazano natomiast, że zastosowane systemy diagnostyczne znacząco się różniły w odniesieniu do możliwości prognozowania efektów leczenia antypsychotycznego [42].

Ponieważ jak dotąd nie ma badań, które jednoznacznie wskazywałyby na większą trafność diagnostyczną jednego z proponowanych w przeszłości czy obecnie systemów diagnostycznych [42, 43], jak również ze względu na ich różną użyteczność w sensie trafności kryterialnej, w ostatnich latach proponuje się podejście polidiagnostyczne (ang. polydiagnostic approach) do diagnozy schizofrenii [44, 45]. W podejściu takim stosowane są jednocześnie różne rodzaje kryteriów diagnostycznych schizofrenii zgodnie z wybranymi systemami diagnostycznymi. Narzędziem polidiagnostycznym do oceny schizofrenii jest system OPCRIT (ang. Operational Criteria Checklist for Psychotic Disorders, OPCRIT) [46, 47]. Na podstawie danych uzyskanych z OPCRIT-a można postawić diagnozę zaburzeń nastroju i zaburzeń psychotycznych według kryteriów St. Louis [48, 49], podstawowych objawów Schneidera [50], kryteriów Taylora i Abramsa [51], kryteriów RDC [52], kryteriów klasyfikacji francuskiej [53], DSM-III [54], DSM-III-R (APA, 1987) [55] i DSM-IV [56], a także ICD-10 [13]. Możliwe jest również wyróżnienie typów schizofrenii, zgodnie z kryteriami Carpentera i wsp. [57], Tsuanga i Winokura [58], Crowa [59] oraz Farmera i wsp. [60]. Użyteczność OPCRIT-a potwierdzona została na podstawie licznych badań klinicznych, epidemiologicznych i genetycznych [61, 62, 63, 64, 65, 66, 67].

Na podstawie podejścia polidiagnostycznego został stworzony wywiad do diagnozy zaburzeń psychotycznych (ang. Diagnostic Interview for Psychoses, DIP), który jest narzędziem wypełniającym lukę pomiędzy w pełni ustrukturyzowanymi wywiadami, które mogą być przeprowadzane przez wyszkolonych ankierów (DIS, CIDI), a częściowo ustrukturyzowanymi, które mogą być prowadzone przez doświadczonych psychiatrów (SCAN) [68]. DIP jest półustrukturalizowanym wywiadem diagnostycznym, który może być wykorzystywany – do badań epidemiologicznych i klinicznych – przez osoby posiadające podstawową wiedzę w zakresie psychiatrii, w tym pielęgniarki pracujące w placówkach psychiatrycznych czy psychologów klinicznych. Moduł diagnostyczny DIP-a oparty jest na algorytmie stworzonym przez OPCRIT, natomiast

ocenę pozycji diagnostycznych dokonuje się za pomocą wybranych pytań ze SCAN-a. Dodatkowo uwzględnione są moduły przeznaczone do zbierania danych dotyczących funkcjonowania społecznego i informacji o korzystaniu z usług medycznych. Na podstawie dodatkowych modułów DIP-a możliwe jest przeprowadzenie dokładnej analizy niesprawności związanej z zaburzeniami psychotycznymi [69, 70], współwystępowania zaburzeń związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych [71], jak również zakresu i wzorców korzystania z usług medycznych [72, 73].

W Stanach Zjednoczonych podejście polidiagnostyczne zapoczątkowała Andersen, która stworzyła półustrukturyzowany wywiad CASH (Comprehensive Assessment of Symptoms and History, CASH) do oceny zaburzeń psychotycznych [74, 75]. Na podstawie tego narzędzia można postawić diagnozę zgodnie z kryteriami RDC, DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV i ICD-10. W ramach tego wywiadu ocenia się prawie 1000 zmiennych mających istotne znaczenie w diagnozie schizofrenii, w tym objawy psychotyczne, objawy związane z dezorganizacją, objawy negatywne, objawy zaburzeń afektywnych, zbiera się również dane socjodemograficzne, dane związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych, a także informacje dotyczące funkcjonowania przedchorobowego [76, 77]. CASH zawiera również dodatkowe narzędzia, takie jak: skalę ogólnego funkcjonowania (Global Assessment Scale) [78], skalę objawów negatywnych (Scale for the Assessment of Negative Symptoms, SANS) [79], skalę objawów pozytywnych (Scale for the Assessment of Positive Symptoms, SAPS) [80], Mini-Mental State [81], test Bentona [82].

Zakończenie

Wydaje się, że zrozumienie definicji schizofrenii wymaga spojrzenia z perspektywy historycznej na rozwój tego pojęcia. Na przestrzeni ostatnich 100 lat zmieniała się zarówno koncepcja schizofrenii, jak i jej pozycja nozologiczna. Definiowano ją na podstawie różnych objawów, różne czynniki uważano za przyczynę tego zaburzenia. Problemy związane z definiowaniem schizofrenii wynikają między innymi z olbrzymiej heterogenności jej objawów, ich zmienności w czasie i pod wpływem leczenia, a także z trudności z ustaleniem granicy pomiędzy schizofrenią a jej subklinicznymi postaciami i pomiędzy schizofrenią a innymi jednostkami nozologicznymi. Jedni uważają schizofrenię za jednostkę nozologiczną sensu stricto, inni sądzą, że jest ona etykietą diagnostyczną dla niehomogennej grupy zaburzeń, które mają podobny lub zbliżony obraz kliniczny. Z tego powodu we wczesnych układach klasyfikacyjnych zaburzeń psychicznych mówi się niekiedy o psychozach schizofrenicznych lub zaburzeniach schizofrenicznych. W klasyfikacjach DSM-III-R i ICD-10 pojawia się jednak ponownie kategoria diagnostyczna „schizofrenia”. Od czasu pierwszych opisów klinicznych cech schizofrenii wielu autorów dążyło do uściślenia kryteriów diagnostycznych dla tej grupy psychoz. Do najbardziej znanych należą kryteria Kraepelina, Bleulera, Schneidera, Langfeldta, kryteria New Haven, kryteria Taylora i Abramsa, kryteria Carpentera, kryteria wiedeńskie, kryteria francuskie, kryteria Strupa, kryteria St. Louis, kryteria RDC czy kryteria proponowane przez kolejne wersje systemów klasyfikacyjno-diagnostycznych: ICD i DSM. Wraz z trendem do ustalania jasnych

kryteriów dla zaburzeń psychicznych pojawiły się próby tworzenia narzędzi diagnostycznych, w tym wywiadów ustrukturyzowanych. Narzędzia te porządkują tradycyjny wywiad psychiatryczny, nadając mu określoną formę i dołączając wskazówki dla osoby zbierającej go, co pozwala na systematyczną ocenę wszystkich tych kryteriów, które są istotne w ramach określonego systemu diagnostycznego i znacząco wpływa na rzetelność diagnozy. Obecnie stosowane narzędzia diagnostyczne mają różny stopień strukturyzacji – są to wywiady w pełni ustrukturyzowane, które mogą być przeprowadzone przez odpowiednio do tego celu wyszkolone osoby nie posiadające wykształcenia medycznego, oraz częściowo ustrukturyzowane, które mogą prowadzić jedynie osoby posiadające odpowiednie doświadczenie kliniczne. Wraz z rozwojem klasyfikacji tworzone były narzędzia umożliwiające diagnozę zgodnie z uznawanymi w danym okresie kryteriami, mamy więc obecnie narzędzia, które opierają się na kryteriach wielu systemów diagnostycznych.

W związku z tym, że na dzisiaj nie ma badań, które jednoznacznie wskazywałyby na większą trafność diagnostyczną jednego z proponowanych systemów diagnostycznych, czy większą użyteczność w sensie trafności kryterialnej, wydaje się, że duże znaczenie ma rozwijane w ostatnich latach podejście polidiagnostyczne, które łączy nie tylko różne systemy diagnostyczne, ale także podejście kategorialne i wymiarowe do opisu obrazu klinicznego diagnozowanych osób. Wprowadzenie takiego podejścia, w którym większe znaczenie ma wszechstronny opis objawów psychopatologicznych i analiza ich grupowania się w określone konfiguracje, okazało się bardziej owocne niż przypisywanie badanej osoby do określonej jednostki nozologicznej, zarówno z punktu widzenia badań nad czynnikami ryzyka zachorowania na schizofrenię, jak i badań nad możliwościami predykcji na podstawie obrazu klinicznego przebiegu zaburzenia i poziomu funkcjonowania, a także skuteczności leczenia psychofarmakologicznego czy oddziaływań psychoterapeutycznych. Wydaje się, że przyszłość diagnozy schizofrenii i rozwój trafności jej konceptualizacji związany może być nie z wyborem określonego sposobu diagnozowania, ale z łączeniem wzajemnie uzupełniających się podejść uwzględniających różne systemy diagnostyczne, ujęcie kategorialne i wielowymiarowe, jak również analizę zmiennych neuropsychologicznych, neurofizjologicznych czy neuroanatomicznych, które korelują z diagnozą schizofrenii.

Развитие концепции шизофрении и пособия для ее диагностирования

Содержание

Несмотря на то, что в течение последних 100 лет были предложены различные диагностические пособия и клинические модели шизофрении, кажется, что определение этого заболевания недостаточно. Способ, который был бы пригоден как для клинических, так и исследовательских занятий остается одним из наитруднейших заданий психиатрии. Если описание клинических симптомов шизофрении остается неизменным, то значение какое авторы отдельных концепций этого заболевания приписывают определенным реноменологическим проявлениям был иным на протяжении многих лет. Большое усилие вложено в пробу однозначности дефиниции шизофрении и разработки пособий для ее диагностики, которые могут быть использованы исследователями различных научных центров на свете. Структуризация анамнеза организует традиционный распрос с психиатрической точки зрения. При этом необходимым является представление определенной нормы и показаний

для лица, собирающего анамнез, что позволяет на систематическую оценку всех критериев, существенных с точки зрения диагноза в рамках определенной диагностической системы. Как общепризнанные критерии диагностики шизофрении, так и структурные пособия для их оценки, обуславливают однородность исследований на свете. Многие исследователи считают введение рациональных критериев диагностирования как большой успех в психиатрии, сомнения будят влияния стремления к увеличению достоверности на диагностическую оценку. Поскольку, последним заданием каждой диагностической системы является облегчение развития исследования над этиологией, патофизиологией и лечением определенных форм нарушений, то исследование различных альтернативных диагностических конструкций и их эффективности остается и сегодня важной областью исследований над шизофренией.

Die Entwicklung der Idee der Schizophrenie und Instrumente zu ihrer Diagnose

Zusammenfassung

Obwohl in den letzten 100 Jahren verschiedene diagnostische Systeme und klinische Modelle der Schizophrenie vorgeschlagen wurden, scheint es, dass die Definition dieser psychischen Störung auf die Weise, die sowohl für klinische Zwecke als auch für die Studien brauchbar wäre, eine der schwersten Aufgaben der Psychiatrie bleibt. Wenn die Beschreibung der Symptome der Schizophrenie unverändert bleibt, so ist die Bedeutung, die die Autoren der einzelnen Ideen dieser Störung den bestimmten phänomenologischen Manifestationen zuschreiben, different im Laufe der Jahre. Man bemühte sich sehr, die Definition der Schizophrenie zu vereinheitlichen und Instrumente zu ihrer Diagnose zu bilden, die durch Forscher aus verschiedenen wissenschaftlichen Zentren der Welt benutzt werden könnten. Die strukturierten Fragebogen organisieren die traditionelle psychiatrische Anamnese durch bestimmten Format und Hinweise für die Person, die die Anamnese durchführt. Es erlaubt diese Kriterien systematisch zu beurteilen, die im Hinblick auf die Diagnose im Rahmen eines bestimmten diagnostischen Systems signifikant sind. Sowohl die allgemein anerkannten diagnostischen Kriterien der Schizophrenie als auch die strukturierten Instrumente zu ihrer Bewertung lassen die Untersuchungen auf der ganzen Welt vereinheitlichen. Obwohl viele Forscher die Einführung der operationalisierten diagnostischen Kriterien als einen großen Fortschritt in der Psychiatrie betrachten, ist der Einfluss der Neigung zur Erhöhung der Reliabilität auf diagnostische Validität zweifelhaft. Weil das letzte Ziel dieses diagnostischen Systems die Erleichterung der Entwicklung der Untersuchungen an der Ätiologie, Pathophysiologie und Behandlung der bestimmten Verhaltensformen ist, bleibt die Untersuchung verschiedener alternativer diagnostischer Konstrukte und der Validität immer noch ein wichtiges Gebiet der Studien an der Schizophrenie.

Le développement du concept de la schizophrénie et de ses outils diagnostiques

Résumé

Durant les derniers 100 ans on a proposé plusieurs modèles cliniques de la schizophrénie et les différents systèmes diagnostiques pourtant la définition de cette maladie cause toujours des difficultés pour la psychiatrie. La description des symptômes les plus importants de la schizophrénie reste toujours la même mais l'importance attribuée par les auteurs des conceptions particulières aux manifestations choisies change avec le temps. On a mis beaucoup d'effort pour élaborer la définition et les méthodes diagnostiques acceptées par les chercheurs de divers pays du monde entier. Les interviews structurés servent à organiser l'interview traditionnel du médecin et facilitent l'analyse de tous ces critères qui sont importants du point de vue diagnostique aux cadres d'un système diagnostique défini. Ces critères unifiés et les appareils structurés rendent possible l'unification des recherches dans le monde entier. Plusieurs chercheurs considèrent tous cela comme un grand progrès dans la psychiatrie, pourtant on discute la tendance à augmenter l'influence de la fiabilité sur la validité diagnostique. Puisque tous les systèmes diagnostiques visent à faciliter le développement des recherches sur l'étiologie,

la pathophysiologie et la thérapie des troubles particuliers, l'examen des systèmes alternatifs du diagnostic et de leurs validité est le champ important des recherches sur la schizophrénie.

Piśmiennictwo

1. Kraepelin E, Barclay RM, Robertson GM. *Dementia praecox and paraphrenia*. NY: Krieger, Huntington; 1971.
2. Bleuler M. *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. New York: International University Press; 1911.
3. Schneider K. *Psychischer Befund und Psychiatrische Diagnose*. Leipzig:Thieme; 1939.
4. Adityanjee, Aderibigbe YA, Theodoridis D, Vieweg WV. *Dementia praecox to schizophrenia. The first 100 years*. Psychiatry Clin. Neurosc. 1999; 53: 437–448.
5. Schneider C. *Die Schizophrenen Symptomverbände*. Berlin: Springer; 1942.
6. Peralta V, Cuesta M. *The diagnosis of schizophrenia. Old wine in new bottles*. Int. J. Psychol. Psychol. Therapy 2003; 3 (2): 141–152.
7. Stengel E. *Classification of mental disorders*. Bull. World Health Organ. 1959; 21: 601–663.
8. Feighner J P, Robins E, Guze SB, Woodruff RA, Winokur G, Munoz R. *Diagnostic criteria for use in psychiatric research*. Arch. Gen. Psychiatr. 1972; 26 (1): 57–63.
9. Spitzer RL, Endicott J, Robins E. *Research diagnostic criteria (RDC) for a selected group of functional disorders*. New York: New York State Psychiatric Institute; 1975.
10. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd edn)*. Washington: American Psychiatric Press; 1980.
11. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd edn. rev.)*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1987.
12. Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Williams JB, Spitzer RL. *NIMH Diagnostic Interview Schedule: Version III*. Rockville: National Institute of Mental Health; 1981.
13. World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. Geneva: WHO; 1992.
14. World Health Organization. *The Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*, Geneva: WHO; 1993.
15. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E. *The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10*. J. Clin. Psychiatry 1998; 59 (20): 22–33.
16. Wing JK, Cooper JE, Sartorius N. *Measurement and classification of psychiatric symptoms: An instruction manual for the PSE and Catego Program*. Cambridge: Cambridge University Press; 1974.
17. Cooper JE, Kendel RE, Gurland BJ, Sharpe L, Copeland JRM, Simon R. *Psychiatric diagnosis in New York and London: A comparative study of mental hospital admissions*. New York: Oxford University Press; 1972.
18. World Health Organization. *International pilot study of schizophrenia*. Geneva: WHO; 1973.
19. World Health Organization. *Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry (version 2.1)*. Geneva: WHO – Assessment, Classification and Epidemiology; 1999.
20. Wing JK, Sartorius N, Ustun TB. *Diagnosis and clinical measurement in psychiatry: A reference manual for SCAN/PSE-10*. New York: Cambridge University Press; 1998.
21. Spitzer RL, Endicott J. *Schedule for affective disorders and schizophrenia (SADS) (3rd edn.)*. New York: Biometrics Research; 1978.
22. Spitzer RL, Endicott J, Robins E. *Research diagnostic criteria (RDC) for a selected group of functional disorders*. New York: Biometrics Research; 1978.

23. American Psychiatric Association *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd edn. rev)*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1987.
24. Spitzer RL, Williams JBW *Instruction manual for the Structured Clinical Interview for DSM-III (SCID)*. New York: Biometrics Research Unit, New York State Psychiatric Institute; 1985.
25. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, First MB. *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID)*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1990.
26. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV. Axis I Disorders Clinician Version (SCID-CV)*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1997.
27. Nurnberger JI, Blehar MC, Kaufmann CA, York-Cooler CY, Simpson SG, Harkavy-Friedman JH, Severe JB, Malaspina D, Reich T. *Diagnostic Interview for Genetic Studies. Rationale, unique features, and training*. Arch. Gen. Psychiatry 1994; 51: 849–859.
28. Langfeldt G. *The schizophreniform states*. Copenhagen: Ejnar Munksgaard; 1939.
29. Astrachan BM, Harrow M, Adler D, Brauer L, Schwartz A, Schwartz C, Tucker G. *A checklist for the diagnosis of schizophrenia*. Brit. J. Psychiatry 1972; 121 (564): 529–539.
30. Taylor MA, Abrams R. *The prevalence of schizophrenia: a reassessment using modern diagnostic criteria*. Am. J. Psychiatry 1978; 135: 945–948.
31. Carpenter WT, Strauss JS, Bartko JJ. *Flexible system for the diagnosis of schizophrenia: report from the WHO International Pilot Study of Schizophrenia*. Science 1973; 182 (118): 1275–1278.
32. Berner P, Gabriel E, Katschnig H. *Diagnostic criteria for schizophrenic and affective psychoses*. Washington: American Psychiatric Association; 1983.
33. Berner P. *Das paranoische Syndrom*. Berlin: Springer; 1965.
34. Pull CB, Pull MC, Pichot P. *Des criteres empiriques francais pour les psychoses. II – Concensus des psychiatres francais et definitions provisoires*. Encephale 1987; 13: 53–57.
35. Feighner J P, Robins E, Guze SB, Woodruff RA, Winokur G, Munoz R. *Diagnostic criteria for use in psychiatric research*. Arch. Gen. Psychiatry 1972; 26 (1): 57–63.
36. Endicott J, Nee J, Fleiss JL, Cohen J, Williams JBW, Simon R. *Diagnostic criteria for schizophrenia. Reliabilities and agreement between systems*. Arch. Gen. Psychiatry 1982; 39: 884–889.
37. Stephens JH, Astrup C, Carpenter WT, Shaffer JW, Goldberg J. *A comparison of nine systems to diagnose schizophrenia*. Psychiatr. Res. 1982; 6: 127–143.
38. Lewine R, Burbach D, Melzer YH. *Effect of diagnostic criteria on ratio male to female schizophrenic patients*. Am. J. Psychiatry 1984; 141 (1): 4–87.
39. McGuffin P, Farmer A, Gottesman II, Murray RM, Reveley AM. *Twin concordance for operationally defined schizophrenia*. Arch. Gen. Psychiatry 1984; 41: 541–545.
40. Farmer AE, McGuffin P, Gottesman II. *Twin concordance for DSM-III schizophrenia. Scrutinizing the validity of the definition*. Arch. Gen. Psychiatry 1987; 44: 634–641.
41. Brockington IF, Kendell RE, Leff JP. *Definitions of schizophrenia: concordance and prediction of outcome*. Psychol. Med. 1978; 8: 387–398.
42. Stephens JH, Astrup C, Carpenter WT, Shaffer JW, Goldberg J. *A comparison of nine systems to diagnose schizophrenia*. Psychiatr. Res. 1982; 6: 127–143.
43. Kendell R, Jablensky A. *Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses*. Am. J. Psychiatry 2003; 160: 4–12.
44. Castle DJ, Jablensky A. *Diagnosis and classification in psychiatry*. W: Wright P, Phelan M, Stern J, red. Core psychiatry (2nd edn). London: W. B. Saunders; 2005, s. 507–515.
45. McGorry PD, Singh BS, Connell S, McKenzie D, Van Riel RJ, Copolov DL. *Diagnostic concordance in functional psychosis revisited: a study of inter-relationship between alternative concepts of psychotic disorder*. Psychol. Med. 1992; 22: 367–378.

46. Van Der Heijden FMMA, Tuinier S, Kahn RS, Verhoeven WMA. *Nonschizophrenic psychotic disorders: The case of cycloid psychoses*. Psychopathol. 2004; 37: 161–167.
47. McGuffin P, Farmer AE, Harvey I. *A polydiagnostic application of operational criteria in studies of psychotic illness: Development and reliability of the OPCRIT system*. Arch. Gen. Psychiatry 1991; 48: 764–770.
48. Farmer AE, Wessely S, Castle D, McGuffin P. *Methodological issues in using a polydiagnostic approach to define psychotic illness*. Brit. J. Psychiatry 1992; 161: 824–830.
49. Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RA, Winokur G, Munoz R. *Diagnostic criteria for use in psychiatric research*. Arch. Gen. Psychiatry 1972; 26: 57–67.
50. Schneider K. *Klinische Psychopathologie*. Stuttgart: Thieme Verlag; 1959.
51. Taylor MA, Abrams R. *The prevalence of schizophrenia: a reassessment using modern diagnostic criteria*. Am. J. Psychiatry 1978; 135: 945–948.
52. Spitzer RL, Endicott J, Robins E. *Research Diagnostic Criteria, Instrument No. 58*. New York: New York State Psychiatric Institute; 1975.
53. Pichot PJ. *The French approach to psychiatric classification*. Brit. J. Psychiatry 1984; 144: 113–118.
54. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd edn)*. Washington: American Psychiatric Press; 1980.
55. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd edn. rev.)*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1987.
56. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed.* Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994.
57. Carpenter WT, Strauss JJ, Bartko JJ. *Flexible system for the diagnosis of schizophrenia: a report from the WHO Pilot Study of Schizophrenia*. Science 1973; 182: 1275–1278.
58. Tsuang MT, Winokur G. *Criteria for subtyping schizophrenia*. Arch. Gen. Psychiatry 1974; 31: 43–47.
59. Crow TJ. *The molecular pathology of schizophrenia: more than one disease process?* BMJ 1980; 280: 66–68.
60. Farmer AE, McGuffin P, Gottesmann LL. *Searching for the split in schizophrenia: a twin study perspective*. Psychiatry Res. 1984; 13: 108–118.
61. McGuffin P, Farmer A, Harvey I. *A polydiagnostic application of operational criteria in studies of psychotic illness. Development and reliability of the OPCRIT system*. Arch. Gen. Psychiatry 1991; 48: 764–770.
62. Farmer A, Wessely S, Castle D, McGuffin P. *Methodological issues in using a polydiagnostic approach to define psychotic illness*. Brit. J. Psychiatry 1992; 161: 824–830.
63. Van Os J, Castle D, Takei N, Der G, Murray R. *Psychotic illness in ethnic minorities: clarification from the 1991 census*. Psychol. Med. 1996; 26: 203–208.
64. Williams J, Farmer AE, Ackenheil M, Kaufmann CA, McGuffin P and the OPCRIT Reliability Research Group. *A multicentre inter-rater reliability study using the OPCRIT computerized diagnostic system*. Psychol. Med. 1996; 26: 775–783.
65. Castle DJ, Wessely S, Van Os J, Murray RM. *Psychosis in the Inner City: The Camberwell First Episode Study*. East Sussex: Psychology Press; 1998.
66. McGrath J, El-Saadi O, Cardy S, Chapple B, Chant D, Mowry B. *Urban birth and migrant status as risk factors for psychosis: an Australian case-control study*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2001; 36: 533–536.
67. Rosenman S, Korten A, Medway J, Evans M. *Dimensional vs. categorical diagnosis in psychosis*. Acta Psychiatr. Scand. 2003; 107: 378–384.

68. Castle DJ, Jablensky A, McGrath JJ, Carr V, Mofsan V, Waterreus A, Valuri G, Stain H, McGuffin P, Farmer A. *The diagnostic interview for psychoses (DIP): development, reliability and applications*. Psychol. Med. 2006; 36: 69–80.
69. Gureje O, Herrman H, Harvey C, Morgan V, Jablensky A. *The Australian National Survey of Psychotic Disorders: profile of psychosocial disability and its risk factors*. Psychol. Med. 2002; 32: 639–647.
70. Gureje O, Herrman H, Harvey C, Trauer T, Jablensky A. *Defining disability in psychosis: performance of the diagnostic interview for psychosis – disability module (DIP-DIS) in the Australian National Survey of Psychotic Disorders*. Aust. NZJ Psychiatry 2001; 35: 846–851.
71. Kavanagh DJ, Waghorn G, Jenner L, Chant DC, Carr V, Evans M, Herrman H, Jablensky A, McGrath JJ. *Demographic and clinical correlates of comorbid substance use disorders in psychosis: multivariate analyses from an epidemiological sample*. Schizophr. Res. 2004; 66: 115–124.
72. Carr VJ, Johnston PJ, Lewin TJ, Rajkumar S, Carter GL, Issakidis C. *Patterns of service use among persons with schizophrenia and other psychotic disorders*. Psychiatr. Serv. 2003; 54: 226–235.
73. Carr V, Lewin T, Neil A, Halpin S, Holmes S. *Premorbid, psychosocial and clinical predictors of the costs of schizophrenia and other psychoses*. Brit. J. Psychiatry 2004; 184: 517–525.
74. Andreasen NG. *Comprehensive Assessment of Symptoms and History (CASH)*. Iowa City: University of Iowa; 1985.
75. Andreasen NG, Flaum M, Arndt S. *The Comprehensive Assessment of Symptoms and History (CASH). An instrument for assessing diagnosis and psychopathology*. Arch. Gen. Psychiatry 1992; 49: 615–623.
76. Gittelman-Klein R, Klein DF. *Premorbid asocial adjustment and prognosis in schizophrenia*. J. Psychiatr. Res. 1969; 7: 35–53.
77. Glazer WM, Morgenstern H, Doucette JT. *Predicting the long-term risk of tardive dyskinesia in outpatients maintained on neuroleptic medications*. J. Clin. Psychiatry 1993; 54 (4):133–139.
78. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. *The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance*. Arch. Gen. Psychiatry 1976; 33: 766–771.
79. Andreasen NC. *Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)*. Iowa City: University of Iowa; 1984.
80. Andreasen NC. *Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS)*. Iowa City: University of Iowa; 1984.
81. Folstein MF, Folstein SE, McHugh P. *Mini Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician*. J. Psychiatr. Res. 1975; 12:189–198.
82. Benton AL, Hamsher K, Varney N, Spreen O. *Contributions to neuropsychological Assessment: a clinical manual*. New York: Oxford University Press; 1983.

Adres: Dorota Frydecka
Katedra i Klinika Psychiatrii AM
50-367 Wrocław, ul. Pasteura 10

Otrzymano: 11.10.2007
Zrecenzowano: 27.12.2007
Przyjęto do druku: 10.04.2008

KOMUNIKAT

Uprzejmie informujemy, że w przyszłym – 2009 roku PSYCHIATRIA POLSKA i PSYCHOTERAPIA będą dostarczane w ramach składki członkowskiej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego tym osobom, które opłaciły składkę za rok 2008 w swoim oddziale terenowym. Ze względów technicznych nazwiska i adresy tych osób musimy otrzymać od oddziałów do końca grudnia 2008.

W związku z tym, prosimy wszystkich zainteresowanych o upewnienie się, że zarząd właściwego oddziału terenowego odnotował na odpowiedniej liście ich uprawnienia do otrzymywania czasopism.

Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP