

Schizofrenia plus – jednoczesowe rozpoznawanie schizofrenii i zaburzeń osobowości. Refleksje praktyka klinicysty

Schizophrenia plus – comorbidity of schizophrenia and personality disorders. Clinician's reflections

Marek Jarema

III Klinika Psychiatryczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Summary

The diagnostic criteria for schizophrenia and the diagnostic criteria for personality disorders refer to the same dimensions of mental functioning, except for the presence of typical psychotic symptoms in schizophrenia (hallucinations, delusions and catatonic behaviours).

Since schizophrenia is a psychosis with a predominantly chronic course, with exacerbations and steady course periods, a simultaneous diagnosis of personality disorders, which are also “permanent” in nature, and a significant part of which affect the same areas of mental functioning, in the same patient is at least controversial.

Although therapeutic interventions in patients with schizophrenia are mainly based on pharmacotherapy, psychotherapy and work with the patient's family are also important. Since pharmacotherapy is virtually ineffective for personality disorders, psychotherapy is the main form of management. This however does not constitute a justification for a simultaneous use of these two diagnoses in the same patient.

Słowa kluczowe: diagnoza, schizofrenia, zaburzenia osobowości

Key words: diagnosis, schizophrenia, personality disorders

Do napisania poniższych refleksji skłoniła mnie chęć odwołania się do koncepcji istoty schizofrenii. Zdarzyło się, że kilka razy spotkałem rozpoznanie: „schizofrenia” oraz „zaburzenie osobowości” u tego samego chorego. Budziło to moje zdziwienie i stwarzało pokusę, aby taką diagnozę zweryfikować. Wydaje mi się bowiem, że kryteria Kraepelina (*dementia praecox*), objawy według Schneidera oraz kryterium 4A Bleulera [1–4] pozwalają na refleksję nad tym, czym są najistotniejsze objawy tej choroby. Skoro objawy te dotyczą wszystkich sfer życia psychicznego, sytuacja, gdy rozpoznawane są schizofrenia i zaburzenia osobowości osobno u tego samego chorego,

może wydać się mało zrozumiała. Oczywiście wspomniani uczeni nie wypowiadali się na temat możliwości osobnego rozpoznawania tych dwóch kategorii diagnostycznych jednocześnie u tego samego chorego, ale analiza ich sposobu rozumowania prowadzi do wątpliwości, czy rzeczywiście możliwa jest taka sytuacja, gdy stwierdza się u jednej osoby np. cechy autyzmu, zaburzenia kojarzenia (asocjacji), stopień afektu i objawy z grupy ambi (czyli 4A) i jednocześnie stawia się rozpoznanie zaburzeń osobowości jako odrębnej kategorii diagnostycznej. Pytanie brzmi: na jakiej podstawie? Analiza koncepcji Kępińskiego [5] nie pozwoliła mi na wysnucie wniosków co do koincydencji schizofrenii i zaburzeń osobowości.

Naiwnością jest twierdzenie, że schizofrenia nie współwystępuje z innymi schorzeniami, tak somatycznymi, jak i psychicznymi. Przykładem dla tej ostatniej możliwości jest współlistnienie schizofrenii i zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (zaburzenie schizooobsesyjne?) albo uzależnienia od SPA. Albo objawów depresji i schizofrenii. Ale objawy te są istotnie różne. Natomiast objawy schizofrenii i zaburzenia osobowości są w części na tyle zbliżone, że trudno dociec, jak takie podobieństwo może stanowić podstawę do rozpoznania osobno schizofrenii i osobno zaburzenia osobowości jednocześnie u tej samej osoby. Simonsen i Newton-Howes [6] mówią o podobieństwie (*resemble*) zaburzeń osobowości typu borderline i schizofrenii. Wypada się z tym zgodzić, bo chodzi tu o trudności diagnostyczne, ale nie o współlistnienie schizofrenii i zaburzeń osobowości.

Przegląd piśmiennictwa dowodzi, że niektórzy dostrzegają współlistnienie tych rozpoznań. Prowadzone są badania nie tylko nad znaczeniem pewnych cech osobowości dla przebiegu schizofrenii i możliwości terapeutycznych, ale także nad częstością występowania zaburzeń osobowości u chorych na schizofrenię. Niestety zdarza się, że te dwa pojęcia („cechy” – ang. *traits* oraz rozpoznanie „zaburzeń osobowości” – ang. *personality disorder*) traktowane są jako tożsame, z czym trudno się zgodzić. Przykładowo Moore i wsp. [7] w tytule swojej pracy zamieścili „cechy osobowości” (ang. *personality traits*), a w podsumowaniu podają, że chorzy na schizofrenię istotnie częściej spełniali kryteria „zaburzeń osobowości” (ang. *personality disorder*) niż osoby z grupy kontrolnej. Podawane nawet są liczby (procenty) takich chorych, np. 39,5% albo też od 4,5% do 100% [7]. Autorzy ci przyznają, że rozbieżności w szacowaniu tych odsetków wynikają z różnej metodologii badań, a także z trendów diagnostycznych występujących w różnych krajach. Według Schroeder i wsp. [8] u 20% chorych z zaburzeniami ze spektrum schizofrenii stawiano jednocześnie rozpoznanie zaburzeń osobowości anankastycznej, społecznej lub typu borderline, ale dalej autorzy ci piszą o korelacji między cechami (ang. *traits*) osobowości a objawami spektrum schizofrenii. Goghari [9] dostrzega różnice w występowaniu cech osobowości (ang. *traits* lub *dimensions*) między chorymi na schizofrenię i ich krewnymi a populacją zdrową. Nie sposób się z tym nie zgodzić. Według Bo i wsp. [10] występowanie zaburzeń osobowości, w tym osobowości antysocjalnej, istotnie zwiększa ryzyko agresji przed rozpoczęciem leczenia. Czy oznacza to, że leczenie wpłynęło na manifestację równocześnie występujących zaburzeń osobowości? Można z tym polemizować, bowiem to nie obecność zaburzeń osobowości jako osobnej kategorii diagnostycznej, ale występowanie cech osobowości jest za to zjawisko odpowiedzialne.

Ciekawym aspektem w tej dyskusji może być próba różnicowania poprawy klinicznej (tj. dotyczącej poszczególnych objawów schizofrenii) i poprawy funkcjonalnej, choć badacze przyznają, że ta druga jest zależna od nasilenia objawów, jak i zaburzeń neuropoznawczych [11]. Lahera i wsp. [12] podkreślają, że nie ma wystandaryzowanych narzędzi do oceny poprawy funkcjonalnej. Autorzy ci dowodzą wpływu wielu czynników na poprawę funkcjonowania chorych na schizofrenię, jakkolwiek analiza ich pracy nie uzasadnia możliwości rozpoznawania schizofrenii oraz zaburzeń osobowości jako odrębnej kategorii diagnostycznej.

Newton-Howes i wsp. [13, 14] mówią o wpływie (*impact*) osobowości w takich chorobach jak depresja, ChAD, uzależnienie od SPA i zaburzenia lękowe, z czym nie sposób się nie zgodzić. Mówią też, że zaburzenia osobowości mają negatywny wpływ na wiele chorób psychicznych, a także mogą – przynajmniej częściowo – być powodem niepełnej odpowiedzi terapeutycznej w tych chorobach. Z pewnością cechy osobowości mają znaczenie w przebiegu wielu zaburzeń psychicznych i nie tylko w nich. Ale w innych zaburzeniach nie dochodzi do rozpadu struktury osobowości, jak to się dzieje w schizofrenii. Moim zdaniem problem polega na tym, że autorzy tych opracowań pomijają zupełnie istotę powstawania objawów schizofrenii, czyli to, z czego te objawy się wywodzą. W wielu chorobach objawy dają się łatwo wytłumaczyć patofizjologią: ból i zaczerwienienie, podwyższona temperatura ciała wynikają z procesu zapalnego, upośledzenie poruszania się ze złamania nogi itp. Trzeba też nadmienić, że w dyscyplinach medycznych fakt współistnienia dwóch (lub więcej) kategorii diagnostycznych, których objawy są podobne, jest często spotykany (np. zawał mięśnia sercowego u osoby z nadciśnieniem tętniczym oraz hipercholesterolemią). Ale i objawy zawału, i nadciśnienie czy hipercholesterolemia dają się łatwo zdiagnozować i odróżnić. W wypadku zaburzeń psychicznych nie jest to takie proste. Depresja może współistnieć ze schizofrenią, schizofrenia z uzależnieniem od SPA itp. Newton-Howes i Marsh [14] przypominają, że wiele interwencji u osób z zaburzeniami psychicznymi bywa tylko częściowo skutecznych i za to może być odpowiedzialny komponent osobowościowy (ang. *personality component*). Ale nie sankcjonuje to jednoczesnego rozpoznania zaburzeń osobowości i schizofrenii. Gorsze funkcjonowanie przedchorobowe chorych na schizofrenię jest powszechnie znanym faktem. Można też spotkać koncepcje, że niektóre zaburzenia osobowości poprzedzają wystąpienie pełnego obrazu schizofrenii. Volavka [15] uważa, że aspołeczne zachowanie przedchorobowe jest powiązane z ostrymi objawami schizofrenii, ale autor ten wprowadza zarazem zamieszanie terminologiczne: w tytule mówi o pacjentach psychotycznych (ang. *psychotic patients*), w tekście zaś o chorych na schizofrenię – czyżby to były terminy tożsame? Dalej pisze, że ryzyko zachowań agresywnych jest zwiększone przez współistniejące zaburzenia osobowości typu borderline, osobowość aspołeczną lub uzależnienie od substancji psychoaktywnych. Moim zdaniem nie stanowi to podstawy do rozpoznania współistnienia schizofrenii i zaburzeń osobowości jako odrębnych kategorii diagnostycznych występujących jednocześnie u tego samego chorego. Można tu podać przykład schizofrenii katatonicznej – nie spotyka się sytuacji, gdy u tego samego chorego rozpoznanie brzmi: „schizofrenia i katatonია”.

Można przytoczyć opinię Simonsena i Newton-Howesa [6], że w różnicowaniu między schizofrenią, osobowością schizotypową i typu borderline pomocny jest fakt, iż w zaburzeniach osobowości utrata poczucia rzeczywistości ma charakter dysocjacyjny i nie ma natury dziwacznej (*bizarre*), jak w wielu objawach pozytywnych.

Do problemu, co jest istotą schizofrenii, odnosi się szczegółowo Parnas [16]. Mówi on o jądrze schizofrenii (*core of schizophrenia*), powołując się na koncepcje m.in. Bleulera. Przypomina stanowisko Maja z 1998 roku, poddające krytyce koncepcję schizofrenii według DSM-IV, bowiem zawarta tam koncepcja choroby wskazuje raczej na to, czym schizofrenia nie jest, a nie – czym jest. Parnas za Bleulerem wielokrotnie przywołuje charakterystyczne dla schizofrenii cechy: „disaggregation, dissociation, disconcordance”, a także mówi o „Spaltung”, co w języku niemieckim oznacza „rozszczerzenie” (Kreapelin, Bleuler, Schneider to psychiatrzy niemieckojęzyczni). Również Bleuler ujmował schizofrenię jako rozszczerzenie (rozłam, ang. *splitting*) umysłu [3, 13]. Mówiąc o podstawowych cechach (ang. *fundamental features*), wymienia autyzm, formalne zaburzenia myślenia, ambiwalencję, zmiany afektywno-emocjonalne (ang. *affective-emotional*), zaburzenia woli, zachowania oraz „zmiany w strukturze osoby” (ang. *changes in the structure of the person*). Inni badacze powołujący się na koncepcję Bleulera – Minkowski, Stransky (cyt. za: Jones i Buckley [19]) – za jedną z możliwych hipotez pochodzenia objawów uważają „rozdzielenie równoległych procesów”. Twórca pojęcia katatonii Kahlbaum mówi o *Spannungirresein* (niem. *Spannung* – „napięcie, konflikt”) [2].

Jeżeli przyjąć (np. za Bilikiewiczem [20]), że objawy schizofrenii są przejawem rozpadu struktury osobowości (patrz także Jarema [21]), co może być obecnie postrzegane jako koncepcja ortodoksyjna, która nie każdemu trafia do przekonania, tym bardziej nie ma uzasadnienia dla równoczesnego rozpoznania schizofrenii i zaburzeń osobowości. W nowszym opracowaniu [22] mowa jest o „obrazie schizofrenicznej dezintegracji psychotycznej, na którą składają się różnorodne ograniczenia czynności psychicznych i ich dezorganizacja”. Nie ma tu mowy o rozpadzie struktury osobowości, ale jeżeli dochodzi do dezintegracji i dezorganizacji jako przejawów patologii, to najpierw musiała być „integracja” i „organizacja”. Dezintegracja bywa „nazywana też, może niezbyt szczęśliwie, rozszczerzeniem” [22].

Kępiński [5] nie mówi wprawdzie o rozpadzie osobowości, ale używa określenia „wzrost proporcji autystycznej” w rozwoju choroby, przy czym autyzm to przeciwstawienie się metabolizmowi informacyjnemu.

Skoro nastąpił rozpad struktury osobowości, to jak jednocześnie można stawiać rozpoznanie zaburzenia osobowości? Wielu z nas może skrytykować ten pogląd, chociażby dlatego, że nie ma przekonujących przesłanek, że teoria etioepigenezy jest naukowo udowodniona. Można tej teorii zarzucić anachronizm i ignorowanie nowszych poglądów na istotę tej choroby. Ale chociażby popularna obecnie teoria neurorozwojowa schizofrenii ma za zadanie wyjaśnić patogenezę tej choroby, a nie istotę jej objawów. Skoro niektórzy psychiatrzy widzą możliwość rozpoznania zaburzeń osobowości u chorego na schizofrenię, dobrze jest wiedzieć, jakie to ma podstawy. Mam wrażenie, że trudno się z tymi racjami spotkać. Powyższe i poniższe uwagi można uwzględnić tylko pod jednym warunkiem: jeżeli na serio traktuje się koncepcję, że

istotą objawów schizofrenii jest rozpad struktury osobowości. Ale jeżeli nie, to co jest istotą schizofrenii? Przypominam, że termin „schizofrenia” bierze się od greckiego *schizis*, to znaczy „rozszczeptać, rozpadać się”.

Simonsen i Newton-Howes [6] piszą, że w psychozie osobowość zanika (*personality disappears*) albo że różne osobowości są obecne w różnych okresach. Pozwala to na uznanie patologii osobowości (*personality pathology*) za klucz do psychopatologii procesu schizofrenicznego. Piszą też, że istotne zmiany osobowości są fundamentalną częścią przebiegu choroby.

Dla lepszego zilustrowania problemu zestawiono kryteria diagnostyczne schizofrenii i zaburzenia osobowości według dwóch najpopularniejszych systemów klasyfikacji: ICD-10 i DSM-5 [23, 24] (tab. 1).

Tabela 1. Zestawienie kryteriów diagnostycznych schizofrenii i zaburzenia osobowości według ICD-10 i DSM-5

ICD-10	Schizofrenia	Zaburzenia osobowości
	<p>G1. Co najmniej jeden z zespołów/objawów/przejawów wymienionych w pkt 1, albo co najmniej dwa z wymienionych w pkt 2, przez co najmniej jeden miesiąc trwania epizodu psychotycznego</p> <p>Co najmniej jedno:</p> <p>Echo myśli, nasylanie i odbieranie myśli oraz odsłonięcie myśli</p> <p>Urojenia oddziaływania, wpływu lub owdładnięcia wyraźnie odnoszone do ruchów ciała lub kończyn, albo do określonych myśli, działań czy odczuć; spostrzeżenia urojeniowe</p> <p>Głosy omamowe komentujące zachowanie albo dyskutujące między sobą, albo innego typu głosy omamowe pochodzące z jakiejś części ciała</p> <p>Utrwalone urojenia innego rodzaju o treści niedostosowanej kulturowo i całkowicie niemożliwej do zaistnienia</p> <p>Lub co najmniej dwa:</p> <p>Utrwalone omamy i towarzyszące im urojenia</p> <p>Neologizmy, przerwy, wstawki w toku myślenia, prowadzące do rozkojarzenia lub niedostosowania wypowiedzi</p> <p>Zachowania katatoniczne</p> <p>Objawy negatywne</p> <p>G2. Jeżeli spełnione są kryteria epizodu maniakalnego lub depresyjnego, powyższe kryteria schizofrenii muszą być spełnione przed wystąpieniem zaburzeń nastroju</p>	<p>G1. Charakterystyka osoby oraz utrwalone wzorce przeżywania wewnętrznego i zachowania wyraźnie odbiegają od zakresu kulturowo oczekiwanego i akceptowanego. Przejawia się to w więcej niż jednym obszarze:</p> <p>Procesy poznawcze (spostrzeganie i interpretowanie, wyobrażenia o sobie i innych)</p> <p>Uczuciowość (zakres, intensywność, dostosowanie)</p> <p>Panowanie nad impulsami, nagradzanie potrzeb</p> <p>Sposób odnoszenia się do innych i postępowania w sytuacjach międzyludzkich</p> <p>G2. Przejawia się w całym zachowaniu jako nieelastyczność lub dysfunkcyjność w zakresie sytuacji indywidualnych i społecznych</p> <p>G3. Osoba doznaje indywidualnego cierpienia lub wywiera niepożądany wpływ na otoczenie społeczne</p> <p>G4. Cechy wykazują stabilność i długi czas trwania, z początkiem w okresie późnego dzieciństwa lub w wieku młodzieńczym</p> <p>G5. Nie jest przejawem innych zaburzeń psychicznych, choć epizodyczne lub przewlekłe stany z działów F00–F59 lub F70–F79 mogą współistnieć lub nakładać się na nią</p> <p>G6. Wykluczenie choroby organicznej, urazu lub dysfunkcji mózgu</p>

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

DSM-5	<p>A. Dwa lub więcej (musi być obecny jeden z objawów 1-2-3):</p> <ul style="list-style-type: none"> Urojenia Omamy Dezorganizacja mowy Zachowanie zdezorientowane lub katatoniczne Objawy negatywne <p>B. Jeden lub więcej obszarów funkcjonowania (praca, związki interpersonalne, troska o siebie) są znacznie poniżej poziomu osiągniętego przed zachorowaniem</p> <p>C. Trwanie co najmniej 6 miesięcy</p> <p>D. Wykluczono zaburzenia schizoafektywne, dużą depresję lub ChAD</p> <p>E. Niespowodowane używaniem SPA</p> <p>F. Jeśli wywiad wskazuje na „Zaburzenie należące do spektrum autyzmu” lub „Zaburzenie komunikacji z początkiem w okresie dzieciństwa”, dodatkowe rozpoznanie „Schizofrenii” ustala się tylko wtedy, gdy przez co najmniej miesiąc (lub krócej, jeśli skutecznie leczone) występują również nasilone urojenia albo omamy</p>	<p>Stály wzorzec zachowań, różniący się znacząco od oczekiwanego w danym kręgu kulturowym, wyrażony w co najmniej dwóch obszarach:</p> <ul style="list-style-type: none"> Postrzeganie i interpretowanie siebie lub innych Wyrażanie emocji (zakres, intensywność, chwiejność, adekwatność) Funkcjonowanie w relacjach międzyludzkich Kontrola impulsów Opisany wzorzec jest pozbawiony elastyczności i dominuje w sytuacjach dotyczących danej osoby i w sytuacjach społecznych Powoduje istotne klinicznie cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania Jest niezmienny i utrzymuje się przez długi czas Wzorzec nie może być objawem lub skutkiem innego zaburzenia Nie jest spowodowany SPA albo stanem ogólnomedycznym
-------	--	--

DSM-5 nie wskazuje na możliwość łączenia rozpoznania schizofrenii z rozpoznaniem zaburzeń osobowości. Należy zaznaczyć, że jednym z kryteriów ogólnych zaburzeń osobowości według tej klasyfikacji jest stwierdzenie, że wzorzec zachowań nie może być objawem lub skutkiem innego zaburzenia. Z kryteriów diagnostycznych wynika, że według DSM-5 rozpoznaniu schizofrenii może dodatkowo towarzyszyć stwierdzenie innych zaburzeń psychicznych, takich jak zaburzenie należące do spektrum autyzmu lub zaburzenie komunikacji z początkiem w okresie dzieciństwa. Ale nie sankcjonuje to równoczesnego rozpoznania zaburzeń osobowości. Czy kryteria schizofrenii + cechy autyzmu + zaburzenia komunikacji z początkiem w okresie dzieciństwa nie sankcjonują diagnozy schizofrenii? Co do początków w okresie dzieciństwa, to, po pierwsze, można to potraktować jako złe funkcjonowanie przedchorobowe, a po drugie, nikt nie kwestionuje hipotezy, że zanim wystąpi pełny obraz psychozy, można dopatrzeć się wielu cech upośledzenia funkcjonowania. Poza tym obie te kategorie (autyzm i zaburzenia komunikacji) nie mieszczą się w grupie zaburzeń osobowości, a ponadto warunkiem jest, aby dodatkowe rozpoznanie schizofrenii ustalono tylko wtedy, gdy przez co najmniej miesiąc (lub krócej, jeśli są skutecznie leczone) występują również nasilone urojenia albo omamy. Jest to o tyle kontrowersyjne, że obecność urojeń lub omamów przez co najmniej miesiąc nie powinna przesądzać o rozpoznaniu schizofrenii! Można by sugerować, że wtedy adekwatne

jest rozpoznanie krótkotrwałego zaburzenia psychotycznego, ale stoi temu na przeszkodzie fakt, że w tym ostatnim przypadku obok stwierdzenia omamów i urojeń musi wystąpić dezorganizacja mowy. Poza tym trwanie tych zaburzeń to co najmniej jeden dzień, ale krócej niż jeden miesiąc.

W ICD-10 nie ma osobnej kategorii diagnostycznej „zaburzenie schizofrenopodobne” (określane też jako „schizofrenomorficzne”) „z dobrymi cechami progностycznymi” lub „bez dobrych cech prognostycznych”, omawianej w DSM-5 wśród zaburzeń należących do spektrum schizofrenii i innych zaburzeń psychotycznych [23, 24]. Jest natomiast „zaburzenie schizotypowe” z takimi samymi kryteriami jak dla schizofrenii, z wyjątkiem okresu trwania: nie krótszym niż 1 miesiąc i nie dłuższym niż 6 miesięcy.

Powstaje pytanie, czy rozpoznanie schizofrenii wymaga obecności typowych objawów tej choroby, np. kryteriów 4A według Bleulera [3], albo objawów pierwszorzędowych według Schneidera [4]? Skoro zakłada się, że nie jest to konieczne, to oba systemy klasyfikacyjne zawierają takie kategorie diagnostyczne, które pozwalają postawić rozpoznanie schizofrenii, gdy obraz choroby jest mniej typowy. Na uwagę zasługują kryteria „schizofrenii niezróżnicowanej” według ICD-10. Rozpoznanie to wymaga spełnienia ogólnych kryteriów schizofrenii, ale też wykluczenia pozostałych postaci schizofrenii, a jednocześnie stwierdzenia, że „objawy są tak liczne, że spełniają kryteria więcej niż jednej postaci”. Tak więc rozpoznanie schizofrenii niezróżnicowanej jest zarezerwowane dla zaburzenia, gdzie spełnione są kryteria ogólne schizofrenii, ale obraz kliniczny nie pozwala na dookreślenie, jakiej postaci jest to schizofrenia, czyli wyklucza postać paranoidalną, hebefreniczną, katatoniczną, rezydualną, prostą i depresję poschizofreniczną. ICD-10 zawiera też rozpoznanie „Inna schizofrenia” oraz „Schizofrenia nieokreślona”, ale kryteriów „Innej schizofrenii” oraz „Schizofrenii nieokreślonej” ICD-10 nie podaje. Żadne z tych rozpoznań nie sankcjonuje współwystępowania schizofrenii i zaburzeń osobowości jako osobnych kategorii diagnostycznych.

Naturalne jest pytanie: które kryteria dla zaburzenia osobowości różnią się na tyle od kryteriów schizofrenii, że można te dwie kategorie diagnostyczne rozdzielić? Że mogą one współistnieć jako odrębne rozpoznania u tego samego chorego? Wątpliwość przy rozwiązywaniu tego dylematu budzi kryterium G5 zaburzeń osobowości według ICD-10 mówiące o tym, że „Dewiacji nie można traktować jako przejawu lub następstwa innych zaburzeń psychicznych wieku dorosłego, choć epizodyczne lub przewlekłe stany z działów F00–F59 lub F70–F79 mogą współistnieć lub nakładać się na nią” [23]. Innymi słowy, przewlekły stan, jakim jest schizofrenia, może współistnieć lub nakładać się na zaburzenia osobowości? Pytanie brzmi: jak ustalić, co jest rozpoznaniem podstawowym, a co „nałożeniem lub współistnieniem”? Jak rozstrzygnąć, która kategoria diagnostyczna była „pierwsza”? Dlaczego – skoro wiele objawów schizofrenii może przypominać zaburzenia osobowości (np. trudności w komunikowaniu się, zwrócenie się do siebie, zmiana wyobrażenia o sobie i innych, uczuciowe niedostosowanie, niepanowanie nad impulsami) – spotyka się sytuacje rozróżnienia tych dwóch zaburzeń i stawiania rozpoznania zarówno schizofrenii, jak i zaburzeń osobowości u tego samego chorego? I zasadnicze pytanie: czemu to ma służyć? Celom terapeutycznym?

O zależności między cechami osobowości a objawami schizofrenii można mówić w kontekście osobowości schizoidalnej. Ale jest to jedna kategoria diagnostyczna, a nie dwie odrębnie rozpoznawane.

Truizmem jest twierdzenie, że optymalna strategia w leczeniu chorych na schizofrenię to połączenie farmakoterapii, psychoterapii i pracy z otoczeniem chorego. Czy zatem terapia zaburzeń osobowości – poza farmakoterapią – istotnie różni się od zasad w postępowaniu z takim chorym? Oczywiście inne są założenia terapeutyczne i metody terapii w obu tych kategoriach diagnostycznych, ale najważniejszą rzeczą jest uzmysłowienie sobie, że farmakoterapia osób z zaburzeniami osobowości jest mało efektywna. Poza tym nie znam opracowania poprawnego metodologicznie, które wskazywałoby na różnice w skuteczności terapii u chorych na schizofrenię w porównaniu z leczeniem chorych na schizofrenię z rozpoznaniem także zaburzeń osobowości. Czy zatem chorego na schizofrenię, u którego rozpoznaje się także zaburzenia osobowości, leczy się farmakologicznie i osobno prowadzi terapię zaburzeń osobowości, a nie schizofrenii?

Wydaje się, że prostszym wyjściem jest stwierdzenie, że u chorego z zaburzeniami osobowości może dochodzić do epizodów psychotycznych, ale nie przesądza to o równoczesnym rozpoznaniu schizofrenii. Dawniej posługiwano się określeniem „zespołu omamowo-urojeniowego” albo „parafrenii”. Te kategorie diagnostyczne powstały po to, aby można było odróżnić epizody psychotyczne od schizofrenii, albo – mówiąc inaczej – dlatego, że zakładano, iż nie każdy epizod psychotyczny jest tożsamy z rozpoznaniem schizofrenii. W obecnych klasyfikacjach zaburzeń psychicznych takie rozpoznania już nie funkcjonują.

Powstaje pytanie: dlaczego w takim przypadku (pokusa rozpoznania i schizofrenii, i zaburzeń osobowości) nie postawić rozpoznania zaburzenia schizotypowego według ICD-10 [23]? Dlatego, że ta kategoria diagnostyczna zawiera według ICD-10 jedno z możliwych (ale nie wymaganych) kryteriów: „chwilowe, przemijające i zwykle występujące bez zewnętrznej przyczyny epizody quasi-psychotyczne z intensywnymi iluzjami, omamami słuchowymi lub innymi oraz przekonaniem podobnymi do urojeń” [23]. Po pierwsze, nie ma definicji epizodu quasi-psychotycznego. Po drugie, kryterium to nie jest wymagane do rozpoznania zaburzenia schizotypowego, natomiast inne kryteria tego zaburzenia przypominają zasady rozpoznania zaburzeń osobowości i co najmniej cztery z nich muszą być obecne. Wśród nich nie ma omamów lub urojeń, są natomiast „niezwykle spostrzeżenia zmysłowe obejmujące iluzje somatosensoryczne lub inne, albo depersonalizacja lub derealizacja”, oraz „podejrzliwość lub nastawienia urojeniowe”. Nie należy zapominać, że zaburzenie schizotypowe jest omawiane w ICD-10 w rozdziale „Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe”, czyli w rozdziale poświęconym zaburzeniom psychotycznym. Ale nie sankcjonuje to jednoczesnego rozpoznania schizofrenii i zaburzeń osobowości.

Pozostając przy klasyfikacji ICD-10, można rozważyć inne rozpoznanie niż „schizofrenia + zaburzenia osobowości”, np. „Inna schizofrenia” lub „Schizofrenia nieokreślona”. Albo „Osobowość schizoidalna”. W tym ostatnim wypadku jest jednak pewne zastrzeżenie: rozpoznanie osobowości schizoidalnej nie zawiera kry-

terium obecności objawów psychotycznych, np. omamów czy urojeń, ale zawiera inne objawy bardzo podobne do tych spotykanych u chorych na schizofrenię, np. chłód emocjonalny, wycofanie się, ograniczoną zdolność wyrażania przyjaznych, ciepłych uczuć lub gniewu, konsekwentne wybieranie samotności. Jeżeli u takiego chorego wystąpią objawy psychotyczne, to czy nie wypełnia to kryteriów schizofrenii? Czyli nie można równocześnie rozpoznać u tego samego chorego schizofrenii oraz osobowości schizoidalnej. Jestem za opcją, że jeżeli w obrazie klinicznym nie występują objawy psychotyczne (omamy, urojenia), w dalszym ciągu nie wyklucza to rozpoznania schizofrenii, ale nie uzasadnia jednoczesnego rozpoznania zaburzenia osobowości.

Dla wyjaśnienia, dlaczego jednoczesne rozpoznanie zaburzeń osobowości u chorych na schizofrenię jest kontrowersyjne, podjęto próbę zestawienia objawów schizofrenii z objawami zaburzeń osobowości (tab. 2).

Tabela 2. Zestawienie objawów schizofrenii i zaburzeń osobowości

Schizofrenia	Zaburzenia osobowości
Afekt tępy, uboga mimika, utrata uczuciowości wyższej, niedostosowanie afektywne	Dysfunkcje uczuciowości (zakres, intensywność, dostosowanie)
Wycofanie społeczne	Zaburzony sposób odnoszenia się do innych i postępowania w sytuacjach międzyludzkich
Wrogość, agresja, bezkrytycyzm chorobowy	Zaburzenie impulsywności, nagradzania potrzeb, nieelastyczność, dysfunkcjonalność
Niereagowanie lub niekorzystny wpływ zachowania na otoczenie społeczne	Osoba wywiera niepożądany wpływ na otoczenie społeczne
Początek najczęściej w okresie pokwitania, przebieg stały z okresami zaostrzeń	Cechy wykazują stabilność i długi czas trwania, z początkiem w okresie późnego dzieciństwa lub w wieku młodzieńczym
Wykluczenie choroby organicznej lub spowodowanej używaniem SPA	Wykluczenie choroby organicznej, urazu lub dysfunkcji mózgu

Z tego zestawienia wynika na przykład, że skoro w schizofrenii występuje tępy, niedostosowany afekt, to jak można ten objaw odróżnić od dysfunkcjonalności uczuciowości (zakres, intensywność, dostosowanie), co jest cechą przypisywaną zaburzeniom osobowości? Przykłady takie znajdują się w powyższej tabeli. Oczywiście krytycy mogą twierdzić, że część wymienionych wyżej cech funkcjonowania psychicznego może współistnieć u chorych na schizofrenię z innymi cechami zaburzenia osobowości niepodobnymi do cech schizofrenii, np. czym innym jest afekt tępy, a czym innym dysfunkcje uczuciowości polegające na drażliwości, wybuchowości itp. Ale czy te ostatnie cechy (drażliwość, wybuchowość) nie występują u chorych na schizofrenię? Ale to już zaczyna przypominać matematykę, a nie psychiatrię.

Pozostaje pytanie: dlaczego rozpoznanie schizofrenii jest nadrzędne i wyklucza rozpoznanie zaburzeń osobowości? Bowiem zakładamy, że schizofrenia jako cho-

roba psychiczna jest kategorią, która determinuje zaburzenie wszelkich przejawów funkcjonowania psychicznego, w tym obecność objawów *stricte* chorobowych (psychotycznych), oraz wymusza odpowiednie postępowanie z chorym w porównaniu z postępowaniem w wypadku zaburzeń osobowości.

Można się spierać o to, czy przebieg schizofrenii ma znaczenie diagnostyczne. Schizofrenia ma charakter przewlekły, a co za tym idzie, nawet po okresach zaostrzenia (objawy psychotyczne) widoczne są objawy choroby chociażby w postaci stępienia afektywnego, wycofania społecznego, upośledzenia krytycyzmu; niektórzy mówią o tzw. objawach deficytowych. W zaburzeniach osobowości cechy tego zaburzenia mają charakter stały, a rzekome zaostrzenia to efekt głównie reakcji na czynniki stresowe, które zmuszają do uruchomienia zaburzonych mechanizmów funkcjonowania. Ale u chorych na schizofrenię obserwuje się także zmiany obrazu klinicznego pod wpływem stresorów. Gdzie tu różnica pozwalająca na rozróżnienie tych dwóch kategorii diagnostycznych?

W tym kontekście umieszczenie wśród kryteriów diagnostycznych zaburzeń osobowości ICD-10 opcji, że „Dewiacji nie można traktować jako przejawu lub następstwa innych zaburzeń psychicznych wieku dorosłego, choć epizodyczne lub przewlekłe stany z działów F00–F59 lub F70–F79 mogą współistnieć lub nakładać się na nią” [23], jest kontrowersyjne. Trudno sobie wyobrazić sytuację, gdy zaburzenie z działu F00–F09 może mieć charakter „epizodyczny”, chyba że chodzi tu np. o majaczenie w przebiegu innej choroby. Ale majaczenie ma inny obraz kliniczny niż ta „choroba”! O „epizodycznej schizofrenii” nie słyszałem. Epizodyczne objawy psychotyczne – tak, ale wtedy nie ma podstaw do stawiania rozpoznania: „schizofrenia, zaburzenia osobowości”.

Podsumowanie

Kryteria diagnostyczne schizofrenii oraz kryteria diagnostyczne zaburzeń osobowości dotyczą tych samych obszarów funkcjonowania psychicznego, z wyjątkiem obecności typowych objawów psychotycznych w schizofrenii (omamów, urojeń, zachowań katatonicznych).

Skoro schizofrenia to psychoza o przeważająco przewlekłym przebiegu, z zaostrzeniami i okresami o przebiegu stałym, to jednocześnie rozpoznanie u tego samego chorego zaburzeń osobowości, które to zaburzenia też mają charakter „stały”, a których znaczna część dotyczy tych samych obszarów funkcjonowania psychicznego, jest co najmniej kontrowersyjne.

Oddziaływanie terapeutyczne u chorych na schizofrenię opiera się głównie na farmakoterapii, ale oddziaływania psychoterapeutyczne i praca z rodziną chorego również mają znaczenie. Farmakoterapia zaburzeń osobowości praktycznie nie jest efektywna, a głównym kierunkiem postępowania jest psychoterapia. Nie stanowi to jednak uzasadnienia dla stosowania tych rozpoznań jednocześnie u tego samego chorego.

Piśmiennictwo

1. Kraepelin E. *Psychiatrie*. Leipzig: Barth; 1896 (cyt. za wyd.: Bristol: Thoemmes Press; 2002).
2. Kahlbaum KL. *Die Katatonie oder das Spannungsirresein*. Berlin: Hirschwald; 1874 (cyt. za wyd.: New York: International Universities Press; 1950).
3. Bleuer E. *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig–Wien: Duticke; 1911 (cyt. za wyd.: New York: International Universities Press; 1950).
4. Schneider K. *Primary and secondary symptoms in schizophrenia*. Fortsch. Neurol. Psychiatr. Grenzgeb. 1957; 25(9): 487–490.
5. Kępiński A. *Schizofrenia*. Kraków: Wydawnictwo Literackie; 2009.
6. Simonsen E, Newton-Howes G. *Personality pathology and schizophrenia*. Schizophr. Bull. 2018; 44(6): 1180–1184.
7. Moore EA, Green MJ, Carr VJ. *Comorbid personality traits in schizophrenia: Prevalence and clinical characteristics*. J. Psychiatr. Res. 2012; 46(3): 353–359.
8. Schroeder K, Hoppe A, Andersen B, Naber D, Lammers CH, Huber CG. *Considering DSM-5 personality diagnostics in patients with schizophrenia spectrum disorders*. Psychiatry 2012; 75(2): 120–134.
9. Goghari VM. *Personality dimensions in schizophrenia: A family study*. Psychiatry Res. 2017; 251: 162–167.
10. Bo S, Forth A, Kongerslev M, Haar UH, Pedersen L, Simonsen E. *Subtypes of aggression in patients with schizophrenia: The role of personality disorders*. Crim. Behav. Ment. Health 2013; 23(2): 124–137.
11. Harvey PD. *Assessment of everyday functioning in schizophrenia: Implications for treatments aimed at negative symptoms*. Schizophr. Res. 2013; 150(2–3): 353–355.
12. Lahera G, Gálvez JL, Sánchez P, Martínez-Roig M, Pérez-Fuster JV, García-Portilla P i wsp. *Functional recovery in patients with schizophrenia: Recommendations from a panel of experts*. BMC Psychiatry 2018; 18(1): 176.
13. Newton-Howes G, Tyrer P, North B, Yang M. *The prevalence of personality disorder in schizophrenia and psychotic disorders: Systematic review and explanatory modeling*. Psychol. Med. 2008; 38(8): 1075–1082.
14. Newton-Howes G, Marsh R. *Personality dysfunction and social functioning in schizophrenia*. Personal. Ment. Health 2013; 7(2): 114–121.
15. Volavka J. *Comorbid personality disorders and violent behavior in psychotic patients*. Psychiatr. Q 2014; 85(1): 65–78.
16. Parnas J. *A disappearing heritage: The clinical core of schizophrenia*. Schizophr. Bull. 2011; 37(6): 1121–1130.
17. Moscarelli M, Rupp A, Sartorius N red. *Schizophrenia*. Chichester: Wiley; 1996.
18. Jarema M. *Depresja w schizofrenii; wyzwania i możliwości*. Wiad. Psychiatr. 2004; 7(2): 101–106.
19. Jones P, Buckley P. *Schizofrenia*. Wrocław: Urban & Partner; 2005.
20. Bilikiewicz T. *Psychiatria kliniczna*. Warszawa: PZWL; 1966.
21. Jarema M. *Leksykon schizofrenii*. Poznań: Termedia; 2010.
22. Wciórka J. *Psychozy schizofreniczne, zaburzenia schizotypowe i schizoafektywne*. W: Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J red. *Psychiatria kliniczna*, t. 2. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2011. S. 194–203.

23. *ICD-10: klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania*. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius; 1998.
24. *DSM-5. Kryteria diagnostyczne. Desk reference*. Wrocław: Edra Urban & Partner; 2016.

Adres: Marek Jarema
Instytut Psychiatrii i Neurologii
III Klinika Psychiatryczna
e-mail: jarema@ipin.edu.pl

Otrzymano: 1.12.2020
Zrecenzowano: 18.02.2021
Otrzymano po poprawie: 1.03.2021
Przyjęto do druku: 21.11.2021