STPD. Zaburzenie osobowości czy schizofrenia subkliniczna? — Natalia Julia Nowak

Od autora: Osobowość schizotypowa intrygowała psychiatrów już w czasach Kraepelina i Bleulera. Do dziś jednak nie wiadomo, czym tak naprawdę jest to przewlekłe zaburzenie z pogranicza psychozy.

„Od lat dziecinnych zawsze byłem
Inny niż wszyscy – i patrzyłem
Nie tam, gdzie wszyscy – miałem swoje,
Nieznane innym smutków zdroje –
I nie czerpałem z ich krynicy
Uczuć – nie tak, jak śmiertelnicy
Radością tchnąłem i zapałem –
A co kochałem – sam kochałem –
To wtedy – nim w burzliwe życie
Zdążyłem wejść – powstała skrycie
Z dna wszelkich złych i dobrych dążeń
Ta tajemnica, co mnie wiąże –
Ze strumienia lub potoku –
Z urwistego góry stoku –
Z kręgu słońca, gdy w jesieni
Blednie złoty blask promieni –
Z błyskawicy ostrym końcem
Drzewo obok mnie rażącej –
Z burzy, grzmotów, ziemi drżenia –
Z chmury – która u sklepienia
Niebieskiego zawieszona –
Miała dla mnie kształt demona…”

Edgar Allan Poe – „W samotności” (1829)
[tłum. Wojciech Usakiewicz,
cyt. za: BibliotekaZSOiZ.blogspot.com]

Schizotypal (Personality) Disorder

Zaburzenie psychiczne, któremu poświęcam niniejszy artykuł, jest zjawiskiem nad wyraz tajemniczym. W amerykańskim podręczniku diagnostyczno-statystycznym DSM-5 (2013) nosi ono nazwę Schizotypal Personality Disorder – „schizotypowe zaburzenie osobowości”. Konstrukt STPD należy do klastra „A” obejmującego trzy „dziwaczne” i „ekscentryczne” skrzywienia charakteru (Paranoid PD, Schizoid PD i Schizotypal PD). W międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD-10 (lata 90. XX wieku) nie występuje kategoria „schizotypowe zaburzenie osobowości”. Figuruje za to Schizotypal Disorder – „zaburzenie schizotypowe” opisane w sekcji dotyczącej schizofrenii i innych psychoz. O ile w ICD-10 osobowość paranoiczna ma kod F60.0, a osobowość schizoidalna – F60.1, o tyle zaburzenie schizotypowe („zaburzenie typu schizofrenii”) zostało opatrzone kodem F21. Schizotypia jest tam wręcz zrównywana ze schizofrenią (F20) i zespołem schizoafektywnym (F25). Autorzy księgi DSM-5 podają, że STPD „zaczyna się we wczesnej dorosłości i pozostaje obecne w różnorodnych kontekstach” („beginning by early adulthood and

present in a variety of contexts"). Tymczasem twórcy ICD-10 wcale nie twierdzą, że dojrzałe F21 zawsze rozkwita w chwili zakończenia dorastania jednostki. Tak przynajmniej rozumiem zapis, wedle którego objawy schizotypowe muszą się utrzymywać „na przestrzeni co najmniej dwóch lat", „nieprzerwanie albo w sposób powtarzalny" („over a period of at least two years", „either continuously or repeatedly"). Z drugiej strony, DSM-5 zawiera wzmiankę o zwiastunach STPD u osób małoletnich.

Schizotypowe zaburzenie osobowości.
Kryteria diagnostyczne DSM-5,
Archive.org/details/diagnosticstatis0005unse

1. „Ideas of reference (excluding delusions of reference)" | „Idee odniesienia (z wyłączeniem urojeń odnoszących)"
2. „Odd beliefs or magical thinking that influences behavior and is inconsistent with subcultural norms (e.g. superstitiousness, belief in clairvoyance, telepathy, or 'sixth sense'; in children and adolescents, bizarre fantasies or preoccupations)" | „Dziwne wierzenia lub magiczne myślenie, które wpływa na zachowanie i jest niezgodne z normami subkulturowymi (np. zabobonność, wiara w jasnowidztwo, telepatię bądź 'szósty zmysł'; u dzieci i młodzieży, kuriozalne fantazje lub przedmioty zaabsorbowania)"
3. „Unusual perceptual experiences, including bodily illusions" | „Niezwykłe doświadczenia percepcyjne, w tym iluzje cielesne"
4. „Odd thinking and speech (e.g. vague, circumstantial, metaphorical, overelaborate, or stereotyped)" | „Dziwne myślenie i mowa (np. niejasna, drobiazgowa, metaforyczna, rozwlekła lub stereotypowa)"
5. „Suspiciousness or paranoid ideation" | „Podejrzliwość lub myślenie paranoiczne"
6. „Inappropriate or constricted affect" | „Niedostosowany lub zawężony afekt"
7. „Behavior or appearance that is odd, eccentric, or peculiar" | „Zachowanie lub wygląd, który jest dziwny, ekscentryczny bądź osobliwy"
8. „Lack of close friends or confidants other than first-degree relatives" | „Brak bliskich przyjaciół czy powierników innych niż krewni pierwszego stopnia"
9. „Excessive social anxiety that does not diminish with familiarity and tends to be associated with paranoid fears rather than negative judgments about self" | „Nadmierny lęk społeczny, który nie słabnie wraz z zacieśnianiem stosunków i wydaje się związany bardziej z paranoicznymi obawami niż z negatywnymi sądami o sobie"

Zaburzenie typu schizofrenii (schizotypowe).
Kryteria diagnostyczne ICD-10,
WHO.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf

1. „Inappropriate or constricted affect, subject appears cold and aloof" | „Niedostosowany lub zawężony afekt, podmiot wygląda na osobę zimną i zdystansowaną"
2. „Behaviour or appearance which is odd, eccentric or peculiar" | „Zachowanie lub wygląd, który jest dziwny, ekscentryczny bądź osobliwy"
3. „Poor rapport with others and a tendency to social withdrawal" | „Słabe więzi z innymi i tendencja do społecznego wycofywania się"
4. „Odd beliefs or magical thinking influencing behaviour and inconsistent with subcultural norms" | „Dziwne wierzenia lub magiczne myślenie wpływające na zachowanie i niezgodne z normami subkulturowymi"

5. „Suspiciousness or paranoid ideas" | „Podejrzliwość lub myśli paranoiczne"
6. „Ruminations without inner resistance, often with dysmorphophobic, sexual or aggressive contents" | „Ruminacje bez oporu wewnętrznego, często o treściach dysmorfofobicznych, seksualnych lub agresywnych"
7. „Unusual perceptual experiences including somatosensory (bodily) or other illusions, depersonalization or derealization" | „Niezwykłe doświadczenia percepcyjne, w tym iluzje somatosensoryczne (cielesne) lub inne, depersonalizacja bądź derealizacja"
8. „Vague, circumstantial, metaphorical, over-elaborate or often stereotyped thinking, manifested by odd speech or in other ways, without gross incoherence" | „Niejasne, drobiazgowe, metaforyczne, rozwlekłe lub często stereotypowe myślenie, manifestujące się dziwną mową bądź w inny sposób, bez rażącej inkoherencji"
9. „Occasional transient quasi-psychotic episodes with intense illusions, auditory or other hallucinations and delusion-like ideas, usually occurring without external provocation" | „Sporadyczne, przemijające epizody quasi-psychotyczne z intensywnymi iluzjami, halucynacjami słuchowymi lub innymi oraz ideami podobnymi do urojeń, zazwyczaj występujące bez zewnętrznej prowokacji"

Nie z tej Ziemi

Todd L. Grande, Ph.D (profesor nadzwyczajny Wilmington University w stanie Delaware w północnych USA, gospodarz popularnego wideobloga o zdrowiu psychicznym YouTube.com/user/RioGrande51) mówi, że głównymi objawami Schizotypal Personality Disorder są aberracje zwane ideami odniesienia. Człowiek doświadczający takich idei często miewa poczucie, iż wydarzenia ze świata zewnętrznego – pozornie niezwiązane z jego życiem osobistym – mają dla niego szczególne znaczenie. Pacjent cierpiący na STPD może np. odnieść wrażenie, że ponosi odpowiedzialność za tragedię opisywaną w mediach, gdyż wywołał ją swoimi negatywnymi myślami. Odczucie takie nigdy nie przeradza się jednak w bezkrytyczną, niezachwianą, urojeniową pewność. Idee odniesienia stanowią logiczną konsekwencję wiary w możliwość „zdalnego" wpływania na realia za pośrednictwem magii, telepatii lub konszachtów z istotami nadprzyrodzonymi. Jednostka schizotypowa egzystuje w fantastycznym uniwersum, gdzie przenikanie się sfery materialnej z niematerialną jest zawsze dopuszczalnym scenariuszem. Przypisuje sobie nadnaturalne dary, takie jak świetnie rozwinięta intuicja czy wrażliwość na subtelne przejawy paranormalnej aktywności. Osobnik z STPD nie tylko łączy ze sobą odległe fakty, ale także doznaje niesamowitych zniekształceń percepcyjnych. Nie są to, oczywiście, uporczywe halucynacje psychotyczne. Raczej złudzenia i przywidzenia, kuglarskie sztuczki umysłu spowodowane siłą sugestii, a w najgorszym wypadku – krótkotrwałe omamy wzrokowe bądź słuchowe (szybko znikające duchy, ciche szepty z zaświatów).

Nawiedzeni ekscentrycy

Według dr. T.L. Grandego, sama wiara w zagadnienia z kręgu New Age nie wystarcza do diagnozy Schizotypal Personality Disorder. Osoba schizotypowa – w przeciwieństwie do umiarkowanego zwolennika okultyzmu czy parapsychologii – wydaje się całkowicie pochłonięta swoimi niekonwencjonalnymi wierzeniami. Zaabsorbowanie ezoteryką/psychotroniką wywiera destrukcyjny wpływ na wszystkie dziedziny życia takiego zapaleńca. Człowiek dotknięty STPD wyróżnia się ponadto niecodziennym wyglądem, stylem wypowiedzi i sposobem reagowania na bodźce środowiskowe. Może on oryginalnie się ubierać (np. preferować czarne stroje, nosić powłóczyste płaszcze) albo sprawiać wrażenie zaniedbanego, pozbawionego gustu etc. Komentarze schizotypa mogą być dziwne zarówno pod względem formy, jak i treści. Nig-

dy nie obracają się one jednak w bezsensowną „sałatkę słowną". Wielu ludzi cierpiących na Schizotypal PD ma problem ze swoją ekspresją emocjonalną bądź jej rażącym brakiem. Niektórzy potrafią szokować niepożądanymi społecznie reakcjami, choćby wybuchami śmiechu w mało zabawnych sytuacjach. Inni cechują się płaskim afektem – wiecznie obojętną twarzą pokerzysty. Pacjent schizotypowy chętnie wybiera samotność, ponieważ czuje się niekomfortowo w towarzystwie osób spoza najbliższej rodziny. Jest nieufnym, lękliwym, aspołecznym indywidualistą. Czasem daje się ponieść niepsychotycznej paranoi (definiowanej jako przesadna czujność, podejrzliwość i ostrożność w kontaktach interpersonalnych). 30% schizotypów ostatecznie zapada na schizofrenię lub inną przewlekłą chorobę z grupy psychoz.

Za króla Ćwieczka

Kenneth S. Kendler, MD („Diagnostic Approaches to Schizotypal Personality Disorder: A Historical Perspective" – „Schizophrenia Bulletin" 1985, Academic.oup.com/SchizophreniaBulletin) odnotowuje, że fenomen medyczny, który dzisiaj nazywamy schizotypowym zaburzeniem osobowości, intrygował specjalistów już na początku XX stulecia. Kategoria diagnostyczna STPD, chociaż oficjalnie wprowadzona do użytku dopiero w 1980 r., wywodzi się z dwóch wielopokoleniowych tradycji badawczych. Pierwszą z nich są studia nad jaskrawymi ekscentryzmami, jakie często przejawiają bliscy krewni schizofreników. Drugą – kliniczne opisy przypadków przypominających schizofrenię, ale niespełniających kryteriów autentycznej psychozy. Z istnienia osób schizotypowych zdawali sobie sprawę: Emil Kraepelin (ojciec nowoczesnej klasyfikacji psychiatrycznej) oraz Eugen Bleuler (twórca chwytliwego terminu „schizofrenia"). Dr Kendler cytuje fragment ósmego wydania podręcznika psychiatrii Kraepelina (1909): „Wśród braci i sióstr pacjentów znajdujemy uderzające osobowości, przestępców, cudaczne jednostki, prostytutki, samobójców, włóczęgów, zniszczone i zrujnowane istoty ludzkie". A oto wyimek z monografii Bleulera o psychozie schizofrenicznej (1911): „Jeśli ktoś obserwuje krewnych naszych pacjentów, często znajduje w nich osobliwości, które są jakościowo identyczne z tymi występującymi u samych pacjentów, tak że choroba wydaje się tylko ilościowym pomnożeniem anomalii widocznych u rodziców i rodzeństwa". Podobnych spostrzeżeń dokonywali lekarze B. Gadelius i A.J. Rosanoff (1910-1911).

Dwudziestolecie międzywojenne

Jak informuje dr Kenneth S. Kendler, pierwszym autorem, który szczegółowo opisał typ charakteru predysponujący do rozwoju schizofrenii, był niemiecki psychiatra Ernst Kretschmer (późniejszy nazista – członek wspierający SS i sędzia sądów eugenicznych maczający palce w ludobójczej akcji T4). Wedle teorii Kretschmera z 1921 r., istnieją na świecie ludzie obarczeni „temperamentem schizoty**m**icznym". I nie ma w tym absolutnie nic złego, ponieważ schizoty**m**ia – sama w sobie – stanowi normalny wariant ludzkiego usposobienia. Problem zaczyna się dopiero wówczas, gdy cechy schizoty**m**iczne przyjmują postać wyolbrzymioną, jaką jest „osobowość schizoidalna". Wielu schizofreników to osoby, które już wcześniej były schizoidami albo miały schizoidów w najbliższej rodzinie… Ernst Kretschmer rozumiał schizoidię bardzo szeroko. Wyróżniał kilka typów pacjentów schizoidalnych, zróżnicowanych pod względem emocjonalności i ekspresyjności. Oto podstawowa klasyfikacja schizoidów według Kretschmera (cytuję za Kendlerem): „1. Nietowarzyscy, cisi, powściągliwi, poważni (bez poczucia humoru), ekscentryczni", „2. Płochliwi, nieśmiali, o delikatnych uczuciach, wrażliwi, nerwowi, pobudliwi, rozmiłowani w naturze i książkach", „3. Ustępliwi, uprzejmi, szczerzy, indyferentni, bezbarwni, małomówni". Jak widać, kretschmerowska „schizoidia" to prawdziwy termin-parasol. Niemiecki psychiatra wrzucał do jednego worka osoby, które dziś zapewne usłyszałyby diagnozę Schizotypal Personality Disorder (typ 1), Avoidant Per-

sonality Disorder (typ 2) lub Schizoid Personality Disorder (typ 3).

Połowa XX wieku

Teorie podobne do tych proponowanych przez Ernsta Kretschmera pojawiały się również po II wojnie światowej. Dr Kenneth Kendler zwraca uwagę na dorobek węgierskiego psychoanalityka Sandora Rado, który w 1953 r. posłużył się pojęciem „schizotypu" – „psychodynamicznej ekspresji schizofrenicznego genotypu". Zgodnie z koncepcją Rado, ludzie schizotypowi (obciążeni genetycznie, zagrożeni schizofrenią) cechują się dwiema poważnymi wadami umysłowymi. Pierwszą z nich jest anhedonia, czyli upośledzona zdolność do odczuwania jakiejkolwiek przyjemności. Drugą – specyficzne zaburzenia świadomości własnego ciała. Zdaniem węgierskiego psychoanalityka, niepokojące symptomy dostrzegalne u pacjentów schizotypowych są tylko zewnętrznymi manifestacjami tych wrodzonych deficytów. Sandor Rado wymieniał wiele oznak „schizofrenicznego genotypu", m.in. nadwrażliwość na odtrącenie, trudności w budowaniu więzi międzyludzkich, chroniczny gniew, zakłócenia kognitywne związane z niską odpornością na stres. W 1962 r. zabłysnął kolejny badacz przyczyn schizofrenii: amerykański psycholog kliniczny Paul E. Meehl. Stwierdził on, że niektórzy ludzie rodzą się z „defektem integracji nerwowej" prowadzącym do nagminnych zniekształceń poznawczych, lęków społecznych, anhedonii, ambiwalencji oraz poczucia dyskomfortu w relacjach towarzyskich. Meehl nazwał ten defekt „schizotaksją", a jego nosicieli – „schizotypami" (zapożyczenie z piśmiennictwa Rado). Praktycznym skutkiem schizotaksji miał być szeroki wachlarz patologii niby-schizofrenicznych mogących ulec dekompensacji psychotycznej.

Schizofrenie ambulatoryjne

Z tego, co pisze dr Kenneth S. Kendler, wynika, że w pierwszej połowie XX stulecia zaburzenie schizotypowe bywało utożsamiane z samą schizofrenią. Do autorów, którzy prezentowali taki właśnie pogląd, należał Gregory Zilboorg – jankeski psychiatra, psychoanalityk i tłumacz literatury rosyjskojęzycznej (Żyd urodzony w Kijowie na Ukrainie, wysoki urzędnik Rządu Tymczasowego Rosji po antycarskiej Rewolucji Lutowej). W 1941 r. Zilboorg opublikował artykuł poświęcony „schizofreniom ambulatoryjnym", czyli syndromom dającym się odróżnić od „zaawansowanej schizofrenii". Przymiotnik „ambulatoryjny" wyraźnie sugeruje, iż interesujący nas badacz nie widział konieczności hospitalizacji osób schizotypowych (ciekawostka: w tamtych czasach nie znano jeszcze leków neuroleptycznych. Schizofrenicy byli zwykle umieszczani w szpitalach psychiatrycznych, gdzie próbowano ich kurować za pomocą snu, gorączek, śpiączek insulinowych, wstrząsów chemicznych, elektrowstrząsów, transfuzji krwi oraz leukotomii/lobotomii[1]). Gregory Zilboorg przedstawiał „schizofrenie ambulatoryjne" jako relatywnie łagodne choroby, w których nie występują urojenia ani halucynacje, lecz wciąż są obecne elementy „autystycznego lub dereistycznego myślenia". Ludzie dotknięci tymi przypadłościami mieli być introwertyczni, obdarzeni wybujałą wyobraźnią, pełni wewnętrznego niepokoju. Zilboorg przypisywał im skrywaną nienawiść do otoczenia, hipochondrię tudzież perwersyjne fantazje seksualne. „Schizofrenicy ambulatoryjni" byli zdolni do pracy zarobkowej, ale nieufni i podejrzliwi w życiu prywatnym.

Schizofrenia pseudoneurotyczna
(schizofrenia rzekomonerwicowa)

Dr K.S. Kendler przybliża nam także koncepcję „schizofrenii pseudoneurotycznej/rzekomonerwicowej", jaką propagował węgiersko-amerykański psychiatra Paul H. Hoch w latach 40. i 50. XX wieku (w roku 1949 napisał on stosowny tekst wraz z Philipem Polatinem, a w 1959 – wraz z Jamesem P. Cattellem). Hoch i jego koledzy utrzymywali, że istnieje pewna grupa pacjentów, którzy skarżą się na rozmaite objawy nerwicowe, lecz ich symptomy – zebrane w całość – dają obraz fenomenu przypominającego schizofrenię. U podstaw „schizofrenii rzekomonerwicowej" miał leżeć „pierwotny proces myślowy" podobny do schizofrenicznego, ale zdecydowanie mniej chorobliwy. Do istotnych elementów omawianego syndromu zaliczały się problemy z samooceną i postrzeganiem własnego ciała, anomalie afektywne (rozregulowany nastrój lub uderzający chłód emocjonalny), trudności w funkcjonowaniu społecznym, niepoukładana seksualność, ogólny chaos wewnętrzny (widoczny na zewnątrz). Jeśli chodzi o sprawy nerwicowe, to „schizofrenicy pseudoneurotyczni" prezentowali szeroką gamę psychopatologii: obsesje, fobie, uzależnienia, depersonalizacje i derealizacje, stany lękowe, epizody depresyjne, zaburzenia konwersyjne bądź neurasteniczne. Częste w tej populacji były czyny typu „acting-out" (spontaniczne incydenty o charakterze samopocieszenia, przynoszące tylko chwilową ulgę), przelotne psychozy oraz tendencje w kierunku wyolbrzymiania własnych przeżyć. Dr Kendler podkreśla, że żaden z pacjentów opisywanych przez Hocha i Polatina nie miał w rodzinie nikogo cierpiącego na pełnoobjawową schizofrenię.

Droga do STPD

Według dr. Kennetha S. Kendlera, ostatnim przystankiem na drodze do Schizotypal Personality Disorder okazał się konstrukt „schizofrenii pogranicznej" używany w latach 60. i 70. XX stulecia przez amerykańskiego neurobiologa Seymoura S. Kety'ego i jego współpracowników (nazwiska: David Rosenthal, Paul H. Wender, Fini Schulsinger, Bjorn Jacobsen). Kety et al. prowadzili w Danii badania nad zdrowiem psychicznym biologicznych krewnych adoptowanych schizofreników. Pragnęli oni ustalić, czy faktycznie istnieje jakiś genetyczny związek między kliniczną schizofrenią a lekkimi zaburzeniami schizopodobnymi. W celu wykrycia osób schizopodobnych zespół naukowców pod wodzą Seymoura S. Kety'ego opracował kategorię diagnostyczną „borderline schizophrenia" – „schizofrenia z pogranicza". Głównym źródłem inspiracji do stworzenia tego konceptu była bleulerowska „schizophrenia latens" – „schizofrenia utajona". Kety i spółka czerpali również z dorobku późniejszych autorów, takich jak Paul H. Hoch czy Helene Deutsch (polska Żydówka z Przemyśla, zachodnioeuropejska i północnoamerykańska psychoanalityczka, asystentka Zygmunta Freuda, która w 1942 r. ukuła termin „as-if personality" – „osobowość jak-gdyby"). Pojęciem „schizofrenii pogranicznej" zainteresowali się Robert L. Spitzer, Jean Endicott i Miriam Gibbon, którzy pod koniec lat 70. nieco je zmodyfikowali i przechrzcili na Schizotypal Personality Disorder (schizotypowe zaburzenie osobowości). Konstrukt STPD stał się oficjalną etykietą diagnostyczną w momencie publikacji nowatorskiego podręcznika DSM-III (1980)[2].

Schizotypal & Borderline

Z kuriozalnego tworu „borderline schizophrenia" wywodzi się jeszcze jedna kategoria medyczna stosowana przez specjalistów w procesie diagnostycznym. Jak nietrudno odgadnąć, chodzi tutaj o BPD – Borderline Personality Disorder (osobowość „z pogranicza")[3]. Można zażartować, iż STPD i BPD to bliźniacze rodzeństwo – dzieci tych samych rodziców, urodzone dokładnie w tym samym czasie. Oczywiście, arbitralny podział „schizofrenii pogranicznej" na Schizotypal PD i Borderline PD nie przypadł do gustu wszystkim badaczom tematu. Robert L. Spitzer, MD i Jean Endicott, Ph.D („Justification for Separating Schizotypal and Borderline Personality Disorders" – „Schizophrenia Bulletin" 1979, Academi-

c.oup.com/SchizophreniaBulletin) zawiadamiają o surowej krytyce, jaka wyszła spod pióra Johna G. Gundersona i Larry'ego J. Sievera. Otóż wspomniani panowie uznali rozgraniczenie STPD i BPD za mnożenie bytów ponad miarę. Zdaniem Spitzera i Endicott, uczynienie dwóch etykiet z jednego konstruktu było palącą koniecznością, gdyż w literaturze akademickiej „borderline" („pogranicze" psychozy) jest rozumiane w dwojaki sposób. Z jednej strony, przypina się tę łatkę ludziom prezentującym życiową „niestabilność" oraz „podatność na zranienie" (domena BPD). Z drugiej – wrzuca się do tego worka osoby, które zdradzają „pewne psychopatologiczne cechy przypominające schizofrenię rezydualną" (domena STPD). Robert L. Spitzer i Jean Endicott przekonują, iż nowe opcje diagnostyczne minimalizują ryzyko zbędnych nieporozumień. Innowacja ta leży w interesie pacjentów, lekarzy i uczonych.

Marsjanie a Wenusjanki

Thomas H. McGlashan, MD i Karen K. Bardenstein, Ph.D („Schizotypal Personality Disorder: Gender Differences" – „Journal of Personality Disorders" 1988, GuilfordJournals.com/loi/pedi) analizują podobieństwa i różnice, jakie udało im się odkryć u mężczyzn i kobiet dotkniętych schizotypowym zaburzeniem osobowości. Pierwsze spostrzeżenie, o którym wypada napomknąć, to fakt, że zdolności intelektualne obu grup chorych wykraczają ponad przeciętność. Wśród jegomościów z STPD trafiają się dżentelmeni wybitnie inteligentni. Tym, co odróżnia schizotypów od schizotypiar, jest przede wszystkim stopień uspołecznienia. Faceci cierpiący na Schizotypal Personality Disorder wydają się bardziej schizoidalni niż facetki obarczone tą samą przypadłością. Już w młodym wieku uchodzą oni za wyalienowanych samotników. Kobiety z STPD częściej prezentują zachowania przywodzące na myśl Borderline Personality Disorder. Nie izolują się one aż tak jak mężczyźni, ale ujawniają wyraźne trudności w budowaniu prawidłowych relacji międzyludzkich. Ogólne funkcjonowanie schizotypowych pań jest oceniane dosyć wysoko. W skali Lestera B. Luborsky'ego (Health-Sickness Rating Scale, 1962 r.) uzyskują one średnio 78 punktów na 100 możliwych. Tymczasem schizotypowi panowie mają problem ze zdobyciem nawet 50 punktów (przeciętny wynik: 48/100). Thomas H. McGlashan i Karen K. Bardenstein nie przeczą, że ich ustalenia mogą być miarodajne tylko w odniesieniu do białych, hospitalizowanych psychiatrycznie obywateli z klasy średniej. Tacy właśnie pacjenci przeważali w dobranej próbie badawczej.

Geny to nie wszystko!

Adrian Raine, Ph.D („Schizotypal Personality: Neurodevelopmental and Psychosocial Trajectories" – „Annual Review of Clinical Psychology" 2006, AnnualReviews.org/journal/clinpsy) zaznacza, że chociaż geny odgrywają niebagatelną rolę w etiologii zaburzeń ze spektrum schizofrenii, istotne są także czynniki środowiskowe oddziałujące na daną jednostkę od momentu poczęcia. Głównym niebezpieczeństwem dla obciążonego genetycznie płodu są pospolite infekcje sezonowe tudzież ekspozycja brzemiennej kobiety na niskie temperatury. Z badań przeprowadzonych na Mauritiusie wynika, że wirus grypy – atakujący matkę w piątym miesiącu ciąży – może być współodpowiedzialny za pozytywne objawy schizotypii u podatnego potomka. Negatywne symptomy STPD wydają się zaś dodatnio skorelowane z wystawieniem organizmu na chłód w drugim trymestrze ciąży. Do snucia podobnych wniosków skłaniają badania zrealizowane w Finlandii. Okazuje się, że w kraju św. Mikołaja grypa sezonowa – dopadająca niewiastę w szóstym miesiącu stanu błogosławionego – jest współwinna rozwoju cech schizotypowych u predysponowanego dziecka. Badania angielskie i kanadyjskie sugerują ogromną rolę komplikacji porodowych oraz anomalii położniczych w wywoływaniu schizotypii i schizoidii. Badania holenderskie wskazują niedożywienie w okresie prenatalnym jako czynnik ryzyka „schizoidalności" w znaczeniu z lat 40. XX wie-

ku (mowa o dzisiejszych kategoriach: Schizoid PD, Schizotypal PD i Avoidant PD). Badania szkockie demaskują związek między sztucznym karmieniem noworodka a schizotypią, schizoidią i schizofrenią.

STPD w popkulturze

Doktorantka psychologii Ana (jankeska wideoblogerka rumuńskiego pochodzenia, założycielka psychoedukacyjnego kanału YouTube.com/channel/UCOxhlNofmYH-MRC36TURUGw) uważa, że dobrym przykładem postaci fikcyjnej ze schizotypowym zaburzeniem osobowości jest Luna „Pomyluna" Lovegood – ekscentryczna przyjaciółka Harry'ego Pottera ukazana po raz pierwszy w powieści „Harry Potter i Zakon Feniksa" (2003) Joanne Kathleen Rowling. Luna była marzycielską, introwertyczną, odepchniętą przez rówieśników nastolatką, która – w pewnym sensie – żyła we własnym świecie. Miała ona niebanalne zainteresowania oraz cudaczne upodobania w kwestii przyodziewku. Co więcej, doświadczała niestandardowych zjawisk percepcyjnych. Należała jednak do domu Ravenclaw w Hogwarcie (uznawanego za tamtejszą kuźnię talentów, optymalne miejsce dla wyjątkowo uzdolnionych uczniów). Moim zdaniem, reprezentatywną egzemplifikacją Schizotypal Personality Disorder w kulturze masowej jest również Lydia Deetz, młodociana bohaterka komediohorroru „Sok z Żuka" (1988) w reżyserii Tima Burtona. Ta mroczna, gotycka dziewczyna – rozmawiająca z duchami poprzednich właścicieli swojej posiadłości – sama określiła siebie mianem „dziwnej i niezwykłej" („I, myself, am strange and unusual"). Cechy STPD ujawniał ponadto Tobias z fantastycznonaukowego cyklu powieściowego „Animorphs" (1996-2001) Katherine Alice Applegate. Pozwolę sobie zacytować fragment wstępnego tomu owej serii (przekład Marka Karpińskiego datowany na rok 2000). Jest to wyimek dotyczący lądowania UFO na opuszczonej budowie centrum handlowego:

„Pierwszy zobaczył to coś Tobias. Szedł z uniesioną głową i wpatrywał się w gwiazdy. Taki właśnie był – dziwny, zatopiony we własnym świecie marzeń. Nagle zatrzymał się w pół kroku i podniósł rękę, wskazując na niebo wprost nad naszymi głowami.
– Patrzcie – szepnął.
– Co jest? – spytałem, zirytowany, że opóźnia marsz. Zdawało mi się, że słyszę za plecami kroki seryjnego mordercy z piłą łańcuchową.
– Sam zobacz – powiedział dziwnym głosem Tobias. Brzmiały w nim zdumienie i powaga. (...)
Tobias uśmiechał się, ale z niego zawsze było dziwadło. Nigdy się nie bał dziwnych rzeczy, a raczej tego, co normalne.
– Zaraz wyląduje – oznajmił rozradowany. Oczy błyszczały mu z podniecenia, a długie jasne włosy były nastroszone"

K.A. Applegate, „Animorphs. Inwazja"
(wydaw. Egmont Polska, Warszawa 2001)

Zamiast zakończenia

Czytelnikom, którym spodobał się niniejszy artykuł, polecam moje wcześniejsze teksty poświęcone perturbacjom osobowościowym z klastrów „A" i „C" DSM-5: „Schizoidia i schizoidzi. Czym jest osobowość schizoidalna?" (materiał o Schizoid Personality Disorder, listopad 2019 r.), „Anankastia i anankaści. Czym jest osobowość anankastyczna?" (materiał o Obsessive-Compulsive Personality Disorder, grudzień-styczeń 2019/2020 r.), „AvPD. Podtyp schizoidii czy głęboka fobia społeczna?" (materiał o Avo-

idant Personality Disorder, luty-marzec 2020 r.), „Paranoja i paranoicy. Czym jest osobowość paranoiczna?" (materiał o Paranoid Personality Disorder, kwiecień-maj 2020 r.). Każda z wymienionych publikacji jest ogólnodostępna w cyberprzestrzeni (Njnowak.blogspot.com, Njnowak.wordpress.com, Njnowak.tumblr.com, Njnowak.livejournal.com, Njnowak.altervista.org).

Jeśli chodzi o mnie, to mam stwierdzoną osobowość anankastyczno-unikającą (OCPD + AvPD) z subklinicznymi cechami schizoidalnymi, zależnymi, narcystycznymi oraz „depresyjnymi" (Depressive/Melancholic Personality Disorder – niekanoniczna, proponowana etykieta diagnostyczna). Gdy miałam 18 lat, podejrzewano u mnie również Schizotypal PD. Chyba mogę powiedzieć, że „byłam podejrzana, lecz niczego mi nie udowodniono" (cha, cha, cha!). Z drugiej strony… Stare porzekadło głosi: „Kto się wróblem urodził, kanarkiem nie umrze". Osobowość unikająca – zupełnie jak schizotypowa, schizoidalna i paranoiczna – bywa niekiedy zaliczana do zaburzeń ze spektrum schizofrenii. Pisali o tym David L. Fogelson, Keith H. Nuechterlein, Robert A. Asarnow, Diana L. Payne, Kenneth L. Subotnik, Kristen C. Jacobson, Michael C. Neale i Kenneth S. Kendler w opracowaniu zatytułowanym „Avoidant personality disorder is a separable schizophrenia-spectrum personality disorder even when controlling for the presence of paranoid and schizotypal personality disorders: The UCLA family study" („Schizophrenia Research" 2007, ScienceDirect.com/journal/schizophrenia-research)[4].

Trzeba odnotować, iż przyszłam na świat zimą (19 lutego 1991 r.), w ósmym miesiącu życia płodowego, przez cesarskie cięcie. Pochodziłam z ciąży zagrożonej, byłam nieprawidłowo ułożona w macicy, a w okresie niemowlęcym zazwyczaj piłam mleko z butelki. Od urodzenia mam też duże problemy ze snem i zasypianiem. Już jako małe dziecko (czytaj: niemowlę) cierpiałam na bezsenność, w szkole średniej spałam dosłownie 2-3 godziny na dobę, a po studiach wyższych (oczywiście, zaocznych, gdyż panicznie bałam się akademika/stancji/współlokatorstwa[5]) popadłam w ekstremalne zaburzenia rytmu dobowego. W wieku nastoletnim pojawiły się u mnie parasomnie, takie jak bruksizm (nieświadome zaciskanie zębów przez sen, skutkujące recesjami dziąsłowymi, ubytkami klinowymi siekaczy bocznych i dysfunkcją stawu skroniowo-żuchwowego) czy „zespół eksplodującej głowy" – „exploding head syndrome" (sporadyczne halucynacje słuchowe występujące podczas usypiania: pojedynczy głos wykrzykujący moje imię i gwałtownie wyrywający mnie z letargu). Od jesieni 2018 r. biorę leki psychotropowe, albowiem naturalne tabletki ziołowe nigdy nie pomagały mi zasnąć. Neuroleptyki – wspomagane przeciwhistaminową prometazyną – „robią" mi za proszki nasenne. Poza tym, zażywam antydepresanty z grupy SSRI na objawy agorafobii, socjofobii i nerwicy natręctw. Opłakane konsekwencje bruksizmu zmuszają mnie do bezterminowego korzystania z usług periodontologa (od 2012 r.), ortodonty (od 2013 lub 2014 r.) i fizjoterapeuty (od 2016 r.).

Natalia Julia Nowak,
czerwiec-lipiec 2020 r.

PS. Według dr. Todda Grandego, ze schizotypowym zaburzeniem osobowości mogli/mogą się zmagać następujący zbrodniarze: Jeffrey Dahmer (seryjny morderca, nekrofil, „kanibal z Milwaukee") i James Holmes (naśladowca fikcyjnego Jokera – antagonisty Batmana, sprawca strzelaniny na premierze filmu „Mroczny Rycerz powstaje" w mieście Aurora w stanie Kolorado). Wypada nadmienić, że u Dahmera dopatrywano się także Borderline Personality Disorder (i kilku innych patologii umysłowych). Jak już ustaliliśmy, współczesne konstrukty STPD i BPD wywodzą się z historycznego konceptu „schizofrenii pogranicznej" – „borderline schizophrenia" autorstwa Seymoura Kety'ego i jego towarzyszy.

PRZYPISY

[1] Wartościowe materiały o dziejach branży psychiatrycznej: Andrzej Kapusta, „Psychiatria XX wieku w Europie Zachodniej i USA: próba retrospekcji" („Kwartalnik Historii Nauki i Techniki" 2003, Bazhum.muzhp.pl), Tomasz Zyss, Robert T. Hese, Andrzej Zięba, „Terapia wstrząsowa w psychiatrii – rys historyczny" („Psychiatria Polska" 2008, PsychiatriaPolska.pl), Eric D. Peselow, Kishor Malavade, R. Sandlin Lowe, Ira Glick, „Historyczne oraz alternatywne metody leczenia w psychiatrii" („Psychiatria po Dyplomie" 2009, PoDyplomie.pl/pspd), Patric Blomstedt, Marwan I. Hariz, „A short history of psychiatric neurosurgery" (edukacyjna prezentacja multimedialna, 2018, YouTube.com/channel/UCB-a7tGats7X9P3kthfQ9nA), Patric Blomstedt, „Maurice Ducosté. The inventor of lobotomy" (edukacyjna prezentacja multimedialna, 2020, YouTube.com/channel/UCB-a7tGats7X9P3kthfQ9nA), Sundararajan Rajagopal, „Psychiatry Lecture: History of Psychiatry", „Psychiatry Lecture: Physical Treatments in Psychiatry" (edukacyjne prezentacje multimedialne, 2015-2017, YouTube.com/channel/UCVZhg8unEqo0XUm8cHAIwbA).

[2] Nie zaszkodzi napomknąć, że w DSM-II (1968) obecna była kategoria „schizophrenia, latent type" – „schizofrenia, typ utajony". Natomiast w DSM-I (1952) widniał mętny termin „schizophrenic reaction, chronic undifferentiated type" – „reakcja schizofreniczna, przewlekły typ niezróżnicowany". Cyfrową kopię podręcznika DSM-II można znaleźć na stronie internetowej „Mad in America" (MadInAmerica-.com/wp-content/uploads/2015/08/DSM-II.pdf). Księga DSM-I została zaś udostępniona w serwisie „Turk Psikiyatri" (TurkPsikiyatri.org/arsiv/dsm-1952.pdf).

[3] W międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD-10 (ICD.WHO.int/browse10/2019/en) formalnym odpowiednikiem Borderline Personality Disorder jest „osobowość chwiejna emocjonalnie", czyli Emotionally Unstable Personality Disorder – EUPD (F60.3). Konstrukt EUPD dzieli się na dwa podtypy: „impulsywny" („impulsive" – F60.30) i „pograniczny" („borderline" – F60.31). Aby można było rozpoznać „osobowość chwiejną emocjonalnie typu pogranicznego", pacjent musi spełniać co najmniej trzy kryteria przewidziane dla typu impulsive, a do tego minimum dwa kryteria zarezerwowane dla typu borderline (zobacz: WHO.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf). W Stanach Zjednoczonych, gdzie klinicyści korzystają z podręczników DSM-5 i ICD-10-CM, nie stosuje się etykiety „osobowość chwiejna emocjonalnie typu impulsywnego". Całe pojęcie EUPD (F60.3) jest tam utożsamiane z Borderline Personality Disorder. Księga ICD-10-CM, federalna adaptacja ICD-10, nie zawiera kodów F60.30 i F60.31 (dowód: ICD.codes/icd10cm/F603). Jeżeli chodzi o Chińską Republikę Ludową, która używa lokalnego podręcznika CCMD-3 (Chinese Classification of Mental Disorders, Third Edition), to akceptowanym ekwiwalentem BPD/EUPD jest tam IPD, tzn. Impulsive Personality Disorder – „impulsywne zaburzenie osobowości" (źródło: Jie Zhong, Freedom Leung, „Diagnosis of Borderline Personality Disorder in China: Current Status and Future Directions" – „Current Psychiatry Reports" 2009, ResearchGate.net).

[4] Maszynopis artykułu jest dostępny – za darmo i bez cięć – w serwisie National Center for Biotechnology Information (NCBI to wydział jankeskiej biblioteki National Library of Medicine, która podlega rządowej agencji zdrowia publicznego National Institutes of Health): Ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1904485

[5] Niewtajemniczonych wtajemniczam, zapominalskim przypominam: od starszych klas podstawówki aż do egzaminu maturalnego doświadczałam bullyingu – dokuczania, wyszydzania, upokarzania – ze strony rozwydrzonych niedorostków, którym przeszkadzało moje wzorowe zachowanie, skromny ubiór, surowe obyczaje i intelektualne zainteresowania (np. czytanie książek na przerwach w szkole, uważne słuchanie

nauczycieli podczas zajęć dydaktycznych). W połowie II klasy LO życzliwi dorośli – świadomi mojego pogarszającego się stanu emocjonalnego – przyznali mi nauczanie indywidualne, czyli prawo do edukacji w oddzielnej sali lekcyjnej. Po tym wszystkim, co przeżyłam jako uczennica, nawet nie chciałam słyszeć o mieszkaniu pod jednym dachem z balującą młodzieżą ze studiów dziennych (ani z innymi obcymi ludźmi!). Rozumiałam przecież, że studenteria jest niewiele starsza od gimbazy i licbazy, ale pełnoletnia (uprawniona m.in. do kupowania alkoholu) i wyrwana spod kontroli rodzicielskiej. Moje traumy szkolne częściowo przyczyniły się do tego, iż nigdy nie umówiłam się z nikim na rendez-vous. Bardzo wcześnie dotarło do mnie, że w XXI stuleciu randkowanie zupełnie mija się z celem, albowiem żaden kawaler – który w wieku 13 lat oglądał pornosy zamiast dobranocek – nie będzie skłonny poczekać z seksem do ślubu. A ja jestem grzeczną dziewczynką i strasznie mi zależy na utrzymaniu tego chwalebnego statusu. Uważam, że miłość do mężczyzny nigdy nie powinna być silniejsza niż miłość do własnej cnoty. Lepiej stracić chłopaka aniżeli cześć panieńską. Adoratorów można mieć – w ciągu całego żywota – nieskończenie wielu, ale dziewictwo ma się tylko jedno. Reputacja niewieścia to sprawa honorowa. Nie należy stawiać miłości ponad honorem.

Kopiowanie tekstów, obrazów i wszelakiej twórczości użytkowników portalu bez ich zgody jest stanowczo zabronione. (Ustawa o prawie autorskim i prawach pokrewnych, Dz.U. 1994 nr 24 poz. 83 z dnia 4 lutego 1994r.).

Natalia Julia Nowak, dodano 19.08.2020 11:43

Dokument został wygenerowany przez www.portal-pisarski.pl.