

Schizofrenia i zaburzenia urojeniowe



Wprowadzenie

Schizofrenia jest jedną z najcięższych chorób psychicznych, która może prowadzić do znacznego obniżenia poziomu funkcjonowania. Wyróżnia się kilka postaci tej choroby, które zostały opisane w dalszej części rozdziału. W kolejnej części rozdziału omówione zostaną zaburzenia pokrewne, lecz mniej poważne, określane jako zaburzenia urojeniowe. Na zakończenie poruszone zostanie zagadnienie zaburzeń schizoafektywnych, które łączą w sobie cechy schizofrenii i zaburzeń afektywnych (zob. rozdz. 9). W tab. 8.1 przedstawiono klasyfikację zaburzeń omawianych w tym rozdziale według ICD-10.

Schizofrenia

Obraz kliniczny

Obraz kliniczny schizofrenii charakteryzuje się występowaniem jednego lub więcej z poniższych elementów:

- zmiany w *myśleniu*,
- zmiany w *postrzeganiu*,
- słaby lub niedostosowany *afekt*,
- pogorszenie *funkcjonowania społecznego*.

Funkcjonowanie poznawcze w początkowym okresie choroby najczęściej jest jeszcze prawidłowe.

Schneiderowskie objawy pierwszorzędowe

Jedną z cech klinicznych umożliwiających postawienie rozpoznania schizofrenii jest obecność

któregokolwiek z objawów opisanych przez Kurta Schneidera, określanych jako *objawy pierwszorzędowe według Schneidera (schneiderowskie)* (tab. 8.2). Jeżeli nie występuje organiczne uszkodzenie układu nerwowego, obecność któregokolwiek z tych objawów wskazuje na schizofrenię, choć nie jest dla niej patognomiczna.

Do objawów pierwszorzędowych należą trzy typy *omamów słuchowych*: pierwszy to głosy słyszane przez pacjenta (w odczuciu chorego słyszane uszami), które powtarzają głośno jego myśli równocześnie z ich pomyśleniem (*Gedankenlautwerden*), zaraz potem jak zostały pomyślane (*écho de la pensée*) lub tuż zanim zostaną pomyślane; drugi to głosy rozmawiające o pacjencie w trzeciej osobie; trzeci to głosy na bieżąco komentujące zachowanie chorego.

Do objawów pierwszorzędowych zalicza się również trzy rodzaje doznań z grupy automatyzmów psychicznych (zob. ryc. 5.5; s. 77), kiedy pacjent ma poczucie, że jego myśli są pod wpływem zewnętrznej siły lub że inni ludzie mogą wpływać na jego proces myślenia. Chory może mieć wrażenie, że obce (nie jego) myśli są wkładane do jego głowy przez zewnętrzną siłę (*nasyłanie myśli*) albo że jego własne myśli są zabierane z jego umysłu przez zewnętrzną siłę (*odciąganie myśli*). Trzeci rodzaj objawów to *rozgłaśnianie myśli*, kiedy pacjent jest przekonany, że inni ludzie „czytają” jego myśli, tak jakby były one nadawane przez radio.

Pacjent może mieć poczucie, że jego własna wola zniknęła i obce siły kontrolują jego uczu-

Tabela 8.1 Klasyfikacja schizofrenii i zaburzeń urojeniowych według ICD-10

F20 Schizofrenia
F 20.0 Schizofrenia paranoidalna
F20.1 Schizofrenia hebefreniczna
F20.2 Schizofrenia katatoniczna
F20.3 Schizofrenia niezróżnicowana
F20.4 Depresja poschizofreniczna
F 20.5 Schizofrenia rezydualna
F20.6 Schizofrenia prosta
F20.8 Schizofrenia innego rodzaju
F20.9 Schizofrenia, nieokreślona
F22 Uporczywe zaburzenia urojeniowe
F22.0 Zaburzenia urojeniowe
F22.8 Inne uporczywe zaburzenia urojeniowe
F22.9 Uporczywe zaburzenia urojeniowe, nieokreślone
F23 Ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne
F23.0 Ostre wielopostaciowe zaburzenie psychotyczne bez objawów schizofrenii
F23.1 Ostre wielopostaciowe zaburzenie psychotyczne z objawami schizofrenii
F23.2 Ostre zaburzenie psychotyczne podobne do schizofrenii
F23.3 Inne ostre zaburzenie psychotyczne z przewagą urojeń
F23.8 Inne ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne
F23.9 Ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne, nieokreślone
F24 Indukowane zaburzenie urojeniowe
F25 Zaburzenia schizoafektywne
F25.0 Zaburzenie schizoafektywne, typ maniakalny
F25.1 Zaburzenie schizoafektywne, typ depresyjny
F25.2 Zaburzenie schizoafektywne, typ mieszany
F25.8 Inne zaburzenia schizoafektywne
F25.9 Zaburzenia schizoafektywne, nieokreślone
F28 Inne nieorganiczne zaburzenia psychotyczne
F29 Nieokreślona psychoza nieorganiczna

cia, impulsy lub działania. Może mieć wrażenie, że jest pod czyjąś kontrolą jak w stanie hipnozy.

W *automatyzmach psychicznych* dotyczących sfery cielesnej chory może mieć wrażenie, że jest biernym odbiorcą odczuć cielesnych lub somatycznych wywoływanych w jego organizmie przez obcą siłę.

Spostrzeżenie urojeniowe jest związane z rzeczywistym, realnym bodźcem, który następnie zostaje błędnie urojeniowo zinterpretowany. Przykładowo, kiedy pacjent cierpiący na prze-

wlekłą schizofrenię pewnego razu spostrzega, że drzwi kredensu są lekko uchylone (rzeczywiste doznanie wzrokowe), uznaje, że z tego wynika, że jest królem Hiszpanii (urojeniowa interpretacja tego bodźca).

Inne objawy opisywane w ICD-10

Oprócz schneiderowskich objawów pierwszorzędowych również inne objawy schizofrenii są w ICD-10 wymieniane jako mające szczególne znaczenie dla postawienia rozpoznania. Żaden

Tabela 8.2 Objawy pierwszorzędowe schizofrenii według Schneidera

Omamy słuchowe: głosy powtarzające głośno myśli pacjenta
Omamy słuchowe: rozmawiające o chorym w trzeciej osobie
Omamy słuchowe: bieżące komentarze
Nasyłanie myśli
Odciąganie myśli
Rozgłaśnianie myśli
Poczucie, że własne uczucia są kontrolowane przez obcą siłę
Poczucie, że własne impulsy są kontrolowane przez obcą siłę
Poczucie, że własne działania są kontrolowane przez obcą siłę
Automatyzmy psychiczne dotyczące sfery cielesnej
Spostrzeżenie urojeniowe

z nich nie jest patognomoniczny dla schizofrenii. Są to m.in. omówione niżej:

- **Utrwalone urojenia innego rodzaju.** Mogą to być urojenia dotyczące tożsamości religijnej, politycznej lub dotyczące nadludzkiej mocy i zdolności (np. możliwość kontroli pogody albo stałego kontaktu z mieszkańcami innej planety).
- **Utrwalone omamy.** Dotyczą jakiegokolwiek zmysłu, zwłaszcza gdy towarzyszą im zewnętrzne lub na wpół ukształtowane urojenia bez wyraźnej treści afektywnej bądź utrwalone myśli nadwartościowe, albo gdy omamy występują codziennie od tygodni lub miesięcy. *Myśli nadwartościowe* są nieracjonalne, utrwalone i bardzo absorbują pacjenta, choć nie osiągają nasilenia urojeń; idee lub przekonania są ewidentnie fałszywe i w typowej sytuacji nie są podzielane przez osoby z tej samej co pacjent subkultury. Myślom nadwartościowym towarzyszy wyraźne zaangażowanie emocjonalne.
- Przerwy lub wstawki w toku myślenia, prowadzące do *rozkojarzenia* lub *niedostosowania* wypowiedzi. Skutkiem zaburzeń toku myślenia może być także występowanie *neologizmów* – nowych słów stworzonych przez pacjenta lub starych słów użytych w szczególnie sposób.
- **Zachowania katatoniczne.** Do objawów katatonii należy *stupor* (osłupienie), kiedy pacjent nie reaguje na bodźce, nie porusza się, jest mutystyczny, choć pozostaje w pełni świadomy,

oraz *pobudzenie*; stan pacjenta może się zmieniać, przechodząc od stuporu do pobudzenia. Inne objawy katatonii to *zastyganie*, kiedy pacjent przyjmuje niewłaściwą lub dziwaczną postawę ciała na dłuższy czas, *gibkość woskowa* (określana także jako *cerea flexibilitas*), kiedy kończyny pacjenta można ustawić w dowolnej pozycji, a one pozostaną w tym ułożeniu przed dłuższy czas, oraz *negatywizm*, czyli niemający uzasadnienia opór w stosunku do poleceń, a także prób wykonania biernego ruchu częścią ciała pacjenta.

- **Objawy negatywne.** Występują zazwyczaj w przewlekłej schizofrenii. Zalicza się do nich stan nasilonej apatii, ubóstwo mowy, brak napędu, spowolnienie oraz bladeść i niedostosowanie afektu. Objawy negatywne w konsekwencji często wiążą się z wycofaniem z kontaktów z innymi oraz pogorszeniem funkcjonowania społecznego. Przed postawieniem rozpoznania objawów negatywnych schizofrenii należy wykluczyć inne możliwe zaburzenia związane z podobnym obrazem klinicznym (takie jak depresja lub leczenie przeciwpsychotyczne). *Objawy pozytywne* charakterystyczne są dla *ostrego epizodu* schizofrenii i zostały omówione wyżej. Do objawów pozytywnych należą urojenia, omamy i opisane wyżej zaburzenia myślenia.
- **Zmiana zachowania.** Niekiedy można zauważyć znaczącą i utrzymującą się zmianę w funkcjonowaniu pacjenta dotyczącą wszystkich lub niektórych obszarów jego życia. Zmiana ta może się przejawiać utratą zainteresowań i celów, beczynnością, zaabsorbowaniem sobą i wycofaniem z kontaktów społecznych.

Postacie schizofrenii

Według ICD-10 wyróżnia się omówione niżej postacie schizofrenii.

Schizofrenia paranoidalna

W obrazie klinicznym dominują *objawy paranoidalne*, takie jak:

- *urojenia prześladowcze*, np. pacjent wierzy, że inni spiskują przeciwko niemu,
- *urojenia ksobne (odnoszące)*, np. pacjent wierzy, że zachowanie innych osób lub wydarzenia opisywane w radiu, telewizji i gazetach odnoszą się konkretnie do niego; jeżeli podobne

przekonania występują, nie osiągając nasilenia urojeń, mówi się o *nastawieniach ksobnych*,

- *urojenia wysokiego pochodzenia* lub posłannicze (misji), np. przekonanie pacjenta, że urodził się po to, aby zostać mesjaszem,
- *urojenia zmiany cielesnej*,
- *urojenia zazdrości* (opisane niżej),
- *głosy omamowe* grożące lub nakazujące coś pacjentowi (imperatywne),
- *omamy słuchowe inne niż słowne*, takie jak śmiech, gwizdanie czy dudnienie,
- *omamy dotyczące innych zmysłów*, np. węchowe, smakowe, wzrokowe, dotyczące doznań seksualnych lub innych doznań cielesnych.

[Istotą urojeń paranoidalnych jest to, że nie są usystematyzowane, w przeciwieństwie do np. paranoicznych – *przyp. tłum.*].

Schizofrenia paranoidalna jest jednym z najczęstszych typów schizofrenii. Chory może nie sprawiać wrażenia chorego psychicznie, dopóki nie ujawni objawów paranoidalnych.

Schizofrenia hebefreniczna

Dla tej postaci schizofrenii charakterystyczne są następujące objawy:

- *zachowania nieprzewidywalne i nieodpowiedzialne*, często w zachowaniu pacjenta występują manieryzmy, sprawia on wrażenie, jakby się wygłupiał,
- *wypowiedzi* chaotyczne i rozkojarzone,
- *zmiany afektu*, takie jak niedostosowanie afektu, płytkie przeżywanie emocji, często z zachowaniami takimi, jak chichotanie czy błaznowanie,
- *urojenia* słabo usystematyzowane,
- *omamy* zwiewne i fragmentaryczne.

Schizofrenia hebefreniczna zazwyczaj występuje w 15–25 r.ż. i na ogół źle rokuje, co związane jest z szybkim dołączeniem objawów negatywnych.

Schizofrenia katatoniczna

W tej postaci dominują opisane wyżej objawy katatoniczne.

Schizofrenia prosta

Dla tej postaci charakterystyczny jest podstępny początek i postępujące pogorszenie funkcjonowania. Objawy negatywne rozwijają się bez poprzedzających ten etap choroby objawów pozytywnych. Z tej przyczyny ostateczne rozpo-

znanie zazwyczaj może być postawione dopiero retrospektywnie.

Schizofrenia przewlekła lub rezydualna

Ta postać choroby poprzedzona jest wystąpieniem którejś z opisanych powyżej postaci i charakteryzuje się dominacją objawów negatywnych.

Inne klasyfikacje

Powyższy podział uwzględniający postacie kliniczne wyróżnione w ICD-10 jest także obiektem krytyki, ponieważ u wielu pacjentów występują objawy więcej niż jednego podtypu schizofrenii. Poniżej przedstawione są alternatywne metody klasyfikacji.

Klasyfikacja syndromologiczna

Heterogeniczna natura schizofrenii sprawia, że wartość badań naukowych obejmujących pacjentów z tym rozpoznaniem jest ograniczona. Jednym ze sposobów uwzględnienia heterogeniczności schizofrenii w projektach badawczych jest podejście syndromologiczne. Proponowano różne podziały. Niżej przykładowo przedstawiono klasyfikację Liddle'a, który wyróżnił trzy zespoły schizofreniczne:

- *zespół zubożenia psychoruchowego*, który charakteryzuje się ubóstwem mowy, spłaszczeniem afektu i zmniejszeniem ilości ruchów spontanicznych,
- *zespół dezorganizacji*, w którym występują zaburzenia formalne myślenia i niedostosowanie afektu,
- *zespół błędnej oceny rzeczywistości*, dla którego charakterystyczne są urojenia i omamy.

Powyższe trzy zespoły mogą współwystępować u tej samej osoby. Badania z wykorzystaniem pozytonowej tomografii emisyjnej (PET) i metod oceny regionalnego przepływu mózgowego (rCBF) wykazały, że każdy z zespołów związany jest ze specyficznym wzorcem przepływu krwi w układzie limbicznym i korze mózgowej, a także w związanych z nią jądrach podkorowych (ryc. 8.1).

Klasyfikacja neurorozwojowa

Na podstawie badań naukowych dotyczących genetyki, epidemiologii, neuropatologii, neuroradiologii i różnic związanych z płcią stworzono klasy-