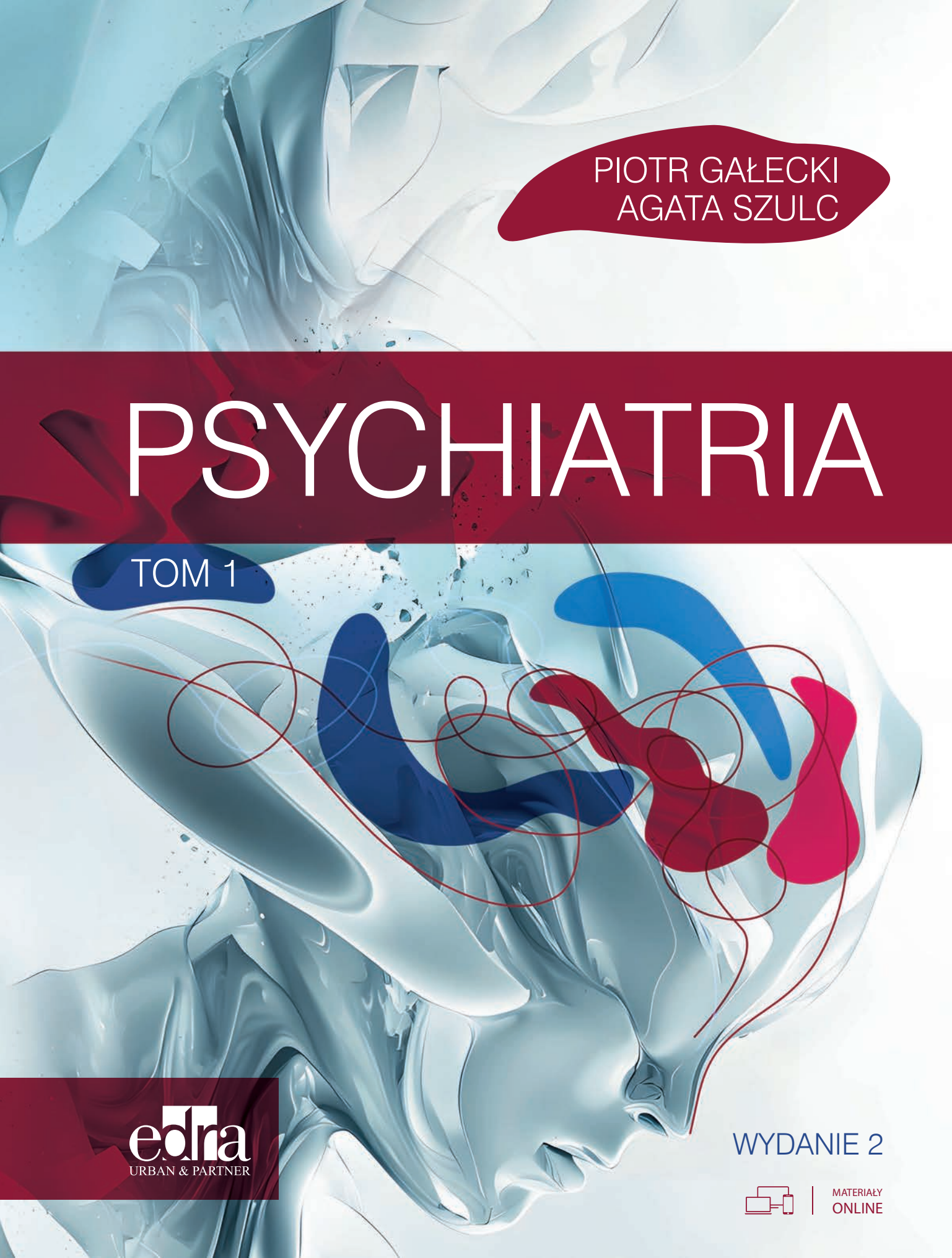




PIOTR GAŁECKI
AGATA SZULC

PSYCHIATRIA

TOM 1

edra
URBAN & PARTNER

WYDANIE 2



MATERIAŁY
ONLINE

Piotr Gałęcki
Agata Szulc

Psychiatria

Wydanie 2

*Naszą pracę dedykujemy
Antoniemu, Joannie,
Marii, Marysi, Marysi,
Poli oraz Zofii*

Wszelkie prawa zastrzeżone, szczególnie prawo do przedruku i tłumaczenia na inne języki. Żadna część tej książki nie może być w jakiegokolwiek formie publikowana bez uprzedniej pisemnej zgody Wydawnictwa. Ze względu na stały postęp w naukach medycznych oraz odmienne nieraz opinie na temat diagnozowania i leczenia, jak również możliwość wystąpienia błędu, prosimy, aby w trakcie podejmowania decyzji uważnie oceniać zamieszczone w książce informacje, zwłaszcza dotyczące podawania leków nowych lub rzadko stosowanych.

© Copyright by Edra Urban & Partner, Wrocław 2026.

Autorzy

prof. dr hab. n. med. Piotr Gałęcki

prof. dr hab. n. med. Agata Szulc

Prezes Zarządu: Giorgio Albonetti

Dyrektor wydawniczy: lek. Edyta Błażejewska

Koordinacja redakcyjna: Dorota Lis-Olszewska, Karolina Piszczalka

Redaktor tekstu: Stanisława Trela

Projekt okładki: Beata Poźniak

Opracowanie skorowidza: Justyna Szamrowicz

ISBN 978-83-68527-98-8

Edra Urban & Partner

ul. Kościuszki 29, 50-011 Wrocław

tel.: +48 71 726 38 35

biuro@edraurban.pl

www.edraurban.pl

Łamanie i przygotowanie do druku: Andrzej Kuriata

Uznając, że zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka,
a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa,
stanowi się, co następuje...

Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego

Spis treści

1	Norma zdrowia psychicznego	1
2	Definicja zaburzenia psychicznego	13
3	Układ nerwowy człowieka – co jest istotne dla psychiatrii?	19
4	Psychopatologia jako fundament diagnozy psychiatrycznej	43
5	Jak prawidłowo przeprowadzić badanie psychiatryczne	99
6	Zaburzenie psychiczne wczoraj i dziś – krótka historia psychiatrii	131
7	Zaburzenia neurorozwojowe (blok L1-6A00)	145
8	Schizofrenia lub inne pierwotne zaburzenia psychotyczne (blok L1-6A2)	221
9	Katatonia (blok L1-6A4)	315
10	Zaburzenia nastroju (6A60 6A8Z): zaburzenia dwubiegunowe lub pokrewne (6A60 6A6Z), depresyjne (6A70 6A7Z) i manifestacje związane z objawami i przebiegiem epizodów nastroju w zaburzeniach nastroju (6A80)	325
10A	Zaburzenia dwubiegunowe lub pokrewne (blok L1-6A6)	327
10B	Zaburzenia depresyjne (blok L2-6A7)	359
11	Zaburzenia związane z lękiem lub strachem (blok L1-6B0)	419
12	Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne lub zaburzenia pokrewne (blok L1-6B2)	457
13	Zaburzenia w szczególności związane ze stresem (blok L1-6B4)	487
14	Zaburzenia dysocjacyjne (blok L1-6B6)	521
15	Zaburzenia odżywiania i jedzenia (blok L1-6B8)	553
	Skorowidz	583

Pytania testowe

Piśmiennictwo

Przedmowa

**Szanowni Państwo,
Drogie Koleżanki i Koledzy,**

oddajemy w Państwa ręce nowy podręcznik, przygotowany z myślą zarówno o studentach kierunków medycznych, jak i o lekarzach specjalizujących się w psychiatrii. Jego powstanie jest naturalną kontynuacją naszych dotychczasowych doświadczeń dydaktycznych i klinicznych oraz odpowiedzią na dynamiczny rozwój tej dziedziny w ostatnich latach.

Z wielką satysfakcją i wdzięcznością obserwowaliśmy, jak dużym zainteresowaniem cieszyły się i jak życzliwie zostały przyjęte nasze wcześniejsze podręczniki: *Psychiatria* z 2018 r. oraz dwutomowa *Psychiatria. Rozpoznanie według ICD-11* z 2023 r. (tomy 1 i 2). Państwa zaangażowanie, pozytywne opinie i konstruktywne uwagi stały się dla nas inspiracją do opracowania nowego, zaktualizowanego wydania, które uwzględni najnowsze zmiany w diagnostyce i terapii zaburzeń psychicznych.

Podstawą niniejszego opracowania są aktualne klasyfikacje zaburzeń psychicznych: **Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-11**, w jej oficjalnym polskim tłumaczeniu, oraz **Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5®/DSM-5-TR®**. Systemy te wprowadzają istotne zmiany w sposobie rozumienia, definiowania i klasyfikowania zaburzeń psychicznych, a także w metodach kodowania i diagnostyki, co ma bezpośredni wpływ na praktykę kliniczną, badania naukowe i proces kształcenia lekarzy.

W podręczniku przedstawiamy opis kryteriów diagnostycznych ICD-11, omawiamy ich praktyczne zastosowanie oraz porównujemy je z klasyfikacją DSM-5®/DSM-5-TR®.

Ich zestawienie umożliwia Czytelnikowi prześledzenie sposobu myślenia ekspertów, którzy je współtworzyli, oraz zrozumienie współczesnego kierunku rozwoju psychiatrii opartej na dowodach naukowych.

Wiedza psychiatryczna jest rozległa, wielowymiarowa i nieustannie się rozwija. W codziennej pracy dydaktycznej często spotykamy się z pytaniami dotyczącymi różnicowania objawów, zasad postępowania diagnostycznego czy leczenia bez zgody pacjenta. Dlatego w niniejszym podręczniku położyliśmy szczególny nacisk na uporządkowanie oraz ujednolicenie obowiązujących standardów postępowania, a także na możliwie przystępne i systematyczne przedstawienie treści.

Zadbaliśmy o to, by wiedza była nie tylko rzetelna, lecz także praktyczna i łatwa do przyswojenia. Zawarte w książce tabele, podsumowania, graficzne wyróżnienia oraz opisy przypadków klinicznych mają ułatwić zrozumienie złożonych zagadnień, a pytania kontrolne – umożliwić samodzielne utrwalenie wiedzy. Dodatkowo rozszerzyliśmy treść o istotne zagadnienia z zakresu neuroanatomii i fizjologii mózgu, które stanowią podstawę zrozumienia funkcjonowania psychiki ludzkiej.

Mamy nadzieję, że niniejszy podręcznik będzie dla Państwa nie tylko źródłem wiedzy zgodnej z najnowszymi standardami, lecz także inspiracją do dalszego zgłębiania psychiatrii – dziedziny łączącej naukę, empatię i refleksję nad ludzkim doświadczeniem. Życzymy, by nauka psychiatrii była dla Państwa fascynującą przygodą intelektualną, a zdobyte dzięki niej kompetencje przyczyniły się do skutecznego i pełnego zrozumienia leczenia pacjentów.

Autorzy

Norma zdrowia psychicznego

Bardzo łatwo znaleźć się poza kręgiem ludzi normalnych.

Antoni Kępiński

Czy norma zdrowia psychicznego istnieje?

Zdrowie psychiczne jest jednym z najcenniejszych zasobów współczesnego społeczeństwa. Występowanie zaburzeń psychicznych odciska piętno na codziennym funkcjonowaniu człowieka, niezależnie od jego wieku, płci czy posiadanego potencjału. Definiowanie pojęcia „normy”, podobnie jak pojęcia „zdrowia”, nie jest jednak zadaniem łatwym. W najprostszym ujęciu norma bywa przedstawiana jako brak patologii lub nietypowości. Bycie „normalnym” oznacza zatem posiadanie tak niewielu cech uznawanych za „nienormalne” i „nietypowe” w danej grupie społecznej oraz w tak niewielkim stopniu nasilonych, że żaden specjalista nie postawi na tej podstawie diagnozy patologii. Pojęcie normy może być rozpatrywane w wielu wymiarach. W **tab. 1.1** podano definicje rodzajów normy najczęściej spotykanych w psychiatrii i psychologii, a w **tab. 1.2** przedstawiono uproszczone zestawienie tych trzech podstawowych rodzajów norm, ułatwiające ich szybkie porównanie i zapamiętanie.

Definicja zdrowia według Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, WHO)

Zdrowie to nie tylko całkowity brak choroby czy niepełnosprawności, lecz także stan pełnego fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu (dobrego samopoczucia).

Definicja WHO nie ogranicza się do negatywnego ujęcia zdrowia jako braku choroby. Wyraźnie podkreśla, że zdro-

wie obejmuje także aspekt aktywny – szeroko rozumiany dobrostan jednostki. Oznacza to, że w podejściu do zdrowia nie powinniśmy koncentrować się wyłącznie na chorobach i próbach ich zwalczania, lecz również na wzmacnianiu zasobów zdrowotnych.

Bycie „normalnym” nie jest jedynie równoznaczne z brakiem patologii, lecz oznacza stan psychicznej równowagi, do którego dążymy przez całe życie. Pojawia się jednak pytanie, czy stan ten jest możliwy do osiągnięcia. Niewielu osobom udało się udzielić na nie jednoznacznie twierdzącej odpowiedzi.

Dobrostan psychologiczny według Carol Ryff obejmuje sześć wymiarów:

- ◆ Samoakceptacja
- ◆ Pozytywne relacje z innymi
- ◆ Autonomia
- ◆ Panowanie nad otoczeniem
- ◆ Cel i sens życia
- ◆ Rozwój osobisty

Pozytywne zdrowie psychiczne według Marie Jahody wyznaczają:

- ◆ Pozytywne nastawienie do siebie
- ◆ Rozwój i samorealizacja
- ◆ Integracja osobowości
- ◆ Autonomia
- ◆ Adekwatne postrzeganie rzeczywistości
- ◆ Kompetencja w radzeniu sobie z otoczeniem

Tabela 1.1 Definicje rodzajów normy najczęściej spotykane w psychiatrii i psychologii

Norma ilościowa (statystyczna)	Wynik pomiaru odzwierciedla rozkład danej cechy w populacji. Za anormalne uznaje się te elementy zbioru, których wartości są skrajne – znacznie odbiegają w górę lub w dół od średniej.
Norma społeczno-kulturowa	Za normalne uważa się zachowania powszechne, typowe dla danej kultury, zgodne ze zwyczajami, ustalonymi konwencjami oraz obowiązujące w określonym czasie. Normalność społeczno-kulturowa oznacza również zgodność z normami skodyfikowanymi, moralnymi i prawnymi. Należy jednak pamiętać, że wzory społeczne oraz wymagania normatywne mogą pochodzić także od grup patologicznych, a nawet całych systemów, czego przykładem są normy dotyczące „czystości rasy” obowiązujące w hitlerowskich Niemczech przed II wojną światową i w jej trakcie.
Norma teoretyczna	Stan jednostki lub grupy ocenia się poprzez odniesienie do ogólnych prawidłowości i twierdzeń zawartych w teoriach naukowych dotyczących fizjologicznego, psychologicznego oraz społecznego funkcjonowania człowieka.

Tabela 1.2 Rodzaje norm stosowanych w psychiatrii i psychologii – zestawienie uproszczone

Norma ilościowa (statystyczna)	Norma społeczno-kulturowa	Norma teoretyczna
Norma – to, co jest blisko średniej Anormalne – wartości skrajne, bardzo wysokie lub bardzo niskie	Norma – to, co jest powszechne w danej kulturze i czasie Zgodność z obyczajami, moralnością i prawem Uwaga: czasem normy mogą pochodzić od systemów patologicznych (np. ideologia nazistowska)	Norma – to, co według nauki jest prawidłowym funkcjonowaniem człowieka Opiera się na teoriach psychologii, medycyny i nauk społecznych

Zapamiętaj!

Akronim PERMA (5 najważniejszych elementów dobrostanu według koncepcji Martina Seligmana)

- P** – Pozytywne emocje (*positive emotions*)
- E** – Zaangażowanie (*engagement*)
- R** – Pozytywne relacje (*relationships*)
- M** – Poczucie sensu (*meaning*)
- A** – Osiągnięcia (*accomplishment*)

Nienormalny, czyli jaki?

Przeciwieństwem pojęcia normy jest to, co kryje się w słowach **nienormalne**, **chore**, **patologiczne**, **dewiacja**, czy nawet w słowie **osobliwość**. Tak samo jak w przypadku pojęcia normy, nie istnieje precyzyjna definicja patologii oraz takich metod jej rozpoznawania, które byłyby wolne od diagnostycznych błędów. Chociaż zdefiniowanie tego pojęcia nie jest zadaniem łatwym, to patologia jest rozpoznawana wszędzie, w każdej kulturze.

Zgodnie z definicją zawartą w słowniku języka polskiego słowo „nienormalny” rozumiane jest jako „nieprawidłowy, niespotykany, chory psychicznie”. Co ciekawe, w ten sposób nie określa się krańcowych form zachowania, ocenianych przez daną grupę jako lepsze bądź bardziej wartościowe. Przykładem może być wyższy niż przeciętny iloraz inteligencji czy wybitne zdolności artystyczne. Nikt z nas nie obraża się, gdy słyszy słowo „geniusz” skierowane pod swoim adre-

sem. Dlaczego tak jest? Przy definiowaniu nienormalności istotny jest bowiem sąd wartościujący. Można powiedzieć, że na kontinuum norma–brak normy występują dwa bieguny, *in plus* i *in minus*, które opisują zarówno negatywne odchylenia (zaburzenia, patologie), jak i pozytywne odmienności (geniusz, nadzwyczajne umiejętności).

Odwoływanie się do norm, a więc typowego zachowania, łatwo prowadzi do utożsamiania patologii z nietypowością, rzadkością występowania. Założenie, że statystyczna rzadkość jest synonimem choroby, znalazło wyraz w tzw. **hipotezie dewiacyjnej Berga**, opublikowanej po raz pierwszy w „Journal of Psychology” w 1955 r. Należy jednak pamiętać o tym, że nie zawsze tak jest.

Elementy patologii

Nie jest możliwe sformułowanie **warunku koniecznego** (takiego, który byłby obecny w każdym przypadku uznawanym za nienormalny) ani **warunku wystarczającego** (stanowiącego wymagane minimum) patologii. Nie istnieje żadna pojedyncza cecha, która byłaby wspólna dla wszystkich przypadków patologii, ani żadna cecha, która byłaby wspólna dla

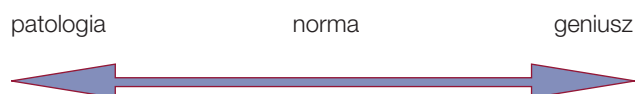
**Ryc. 1.1** Kontinuum norma – brak norm.

Tabela 1.3 Charakterystyczne cechy struktury klasyfikacji ICD-10

a)	Definicja zaburzenia psychicznego jest taka sama jak w DSM. Odnoszona jest do indywidualnej osoby.
b)	Kompromisowe ujęcie klas diagnostycznych (efekt międzynarodowej, wielokulturowej współpracy).
c)	Wiele wersji specjalistycznych, zależnie od docelowego odbiorcy.
d)	Położenie nacisku na opisowość systemu.
e)	Udostępnienie jasnych i precyzyjnych kryteriów diagnostycznych.
f)	Unikanie terminów dwuznacznych lub nieudokumentowanych.
g)	Zoperacjonalizowanie kryteriów diagnostycznych.
h)	Podejście wieloosiowe do procesu diagnostycznego: Oś I Rozpoznanie kliniczne Oś II Nieprawności (w zakresie dbania o siebie aktywności zawodowej, rodziny i domu, kontekstu społecznego) Oś III Czynniki kontekstowe. Klasyfikację chorób można zdefiniować jako system kategorii, do których przypisane są stany chorobowe według ustalonych kryteriów. Celem klasyfikacji ICD jest umożliwienie systematycznego rejestrowania, analizowania, interpretacji i porównywania danych dotyczących umieralności i chorobowości, gromadzonych w różnych krajach lub na różnych obszarach w różnych okresach. Klasyfikację ICD wykorzystuje się do zapisywania rozpoznanych chorób i innych problemów zdrowotnych przy zastosowaniu kodu alfanumerycznego, co pozwala na łatwe przechowywanie, odtwarzanie i analizowanie danych.

Grupy zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania proponowane w ICD-11 przedstawiono w tab. 1.4.

Tabela 1.4 Zmiany w ICD-11

♦	W dziedziny chorób psychotycznych objawy pierwszorzędne będą miały mniejsze znaczenie w opisie schizofrenii, a podtypy tego zaburzenia zostaną pominięte.
♦	Utrzymane zostanie kryterium czasowe jednego miesiąca przy diagnozowaniu schizofrenii, a zaburzenia funkcjonowania jako kryterium obowiązkowe zostaną usunięte.
♦	W dziedziny zaburzeń nastroju pobudzenie/energia będzie uwzględnione jako objaw określający manię, przewiduje się również uznanie, że objawy manii/hipomanii pojawiające się w trakcie leczenia lekami przeciwdepresyjnymi i wychodzące poza fizjologiczne efekty takiego leczenia będą się kwalifikować do zdiagnozowania epizodu manii/hipomanii. Przewiduje możliwość występowania objawów psychotycznych w umiarkowanym epizodzie depresji.
♦	Choroba afektywna dwubiegunowa typu II zostanie uznana za odrębną jednostkę diagnostyczną (w ICD-10 jest ona tylko wymieniona w kategorii „inne zaburzenia afektywne dwubiegunowe”).
♦	Ostra reakcja na stres będzie rozumiana jako reakcja fizjologiczna i tym samym sklasyfikowana w części „Czynniki wpływające na stan zdrowia i potrzebę korzystania z usług służby zdrowia”.
♦	Zostanie wprowadzona nowa kategoria diagnostyczna o nazwie „złożone zaburzenia stresu pourazowego” (CPTSD), cechująca się zaburzeniami w obszarze emocji, samooceny i funkcjonowania w relacjach, w dodatku do trzech podstawowych cech PTSD.
♦	W obszarze zaburzeń odżywiania i jedzenia kategoria jadłowstrętu psychicznego zostanie zmieniona przez opuszczenie wymogu braku miesiączki, rozszerzenie kryterium masy ciała na jakąkolwiek znaczącą niedowagę i rozszerzenie kryteriów poznawczych zawierających rozwojowo i kulturowo odpowiednie prezentacje.
♦	Kategoria żarłoczności psychicznej zostanie rozszerzona o subiektywne napady objadania się, a napady objadania się będą stanowiły odrębną kategorię diagnostyczną.
♦	Zaburzenia rozwoju intelektualnego (termin zastępujący „upośledzenie umysłowe”) zostaną zdefiniowane jako „grupa stanów rozwojowych charakteryzujących się znacznym upośledzeniem funkcji poznawczych, które są związane z ograniczeniami w uczeniu się, zachowaniach adaptacyjnych i umiejętnościach”.

Dermatotillomania – patologiczne skubanie skóry. Jest zaburzeniem, które polega na powtarzającym się skubaniu/drapaniu skóry prowadzącym do uszkodzenia tkanek wskutek dużej częstości lub intensywności skubania, powodującym silny stres lub problemy związane z pracą, z życiem towarzyskim, codziennymi aktywnościami.

Trichotillomania, niepohamowane wyrywanie włosów – zaburzenie psychiczne objawiające się patologicznym, niekiedy niekontrolowanym, wyrywaniem sobie włosów.

6A21 Zaburzenia schizofektywne – co to jest?

Epizodyczne zaburzenia z intensywnymi objawami zarówno afektywnymi, jak i schizofrenicznymi, które jednak nie uzasadniają rozpoznania ani schizofrenii, ani epizodu depresyjnego czy maniakalnego. Objawy psychotyczne w chorobach afektywnych, które nie są zgodne z nastrojem, nie uzasadniają rozpoznania zaburzeń schizofektywnych.

Przypadek kliniczny

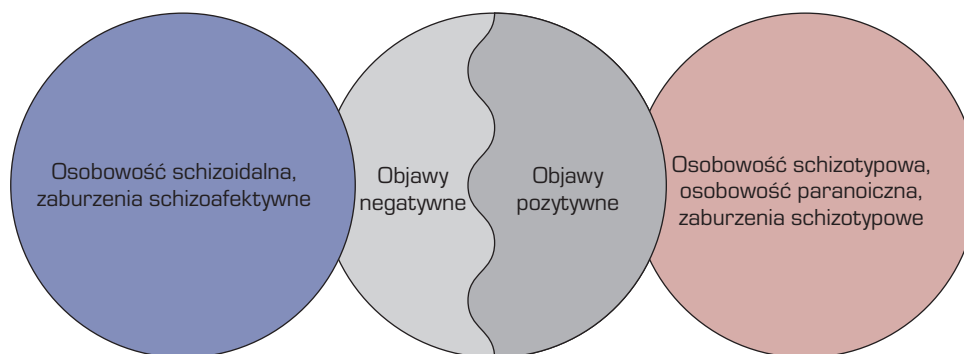
Adam, lat 23, student ostatniego roku prawa. Kilka dni po ostatnim ważnym dla niego egzaminie w sesji pojawiły się urojenia prześladowcze i ksbne. Miał wrażenie, że jeździ za nim na zmianę kilka samochodów, że w galeriach handlowych jest obserwowany przez wiele osób. Powiązał to ze swoim wyjazdem w ubiegłym roku do Izraela, gdzie miał stłuczkę wypożyczonym samochodem. Uważa, że jest śledzony przez obcy wywiad. Po mniej więcej 2 tyg. od wystąpienia urojeń zaczął słyszeć głosy w głowie komentujące jego zachowanie, dyskutujące z jego myślami. Głosy były obraźliwe, nihilistyczne. Adam zrezygnował z wyjazdu na wakacje, zamknął się w sobie i zaczął unikać dużych skupisk ludzkich, w końcu z domu wychodził tylko w nocy. Następnie po ok. 3 miesiącach, jak relacjonowały jego matka i siostra, był cały czas w obniżonym nastroju, nic nie sprawiało mu przyjemności, przestał dbać o siebie, nie mył się, schudł 10 kg. Według relacji matki planował samobójstwo, ponieważ napisał testament i przeglądał strony w Internecie na temat samobójstwa. Cały czas mówił, że jest obserwowany, a wieczorami bardzo głośno stawiał muzykę, by nic nie słyszeć,

jak mówił. Okres zamknięcia w domu trwał ok. 3 mies. Zaniepokojona rodzina zamówiła wizytę domową lekarza psychiatry, który zalecił przyjmowanie leków. Po upływie niecałego miesiąca Adam stał się aktywniejszy i odzyskał apetyt. Stopniowo zaczął wychodzić z domu, zaczął uczestniczyć w zajęciach na studiach. Przez blisko miesiąc po ustąpieniu obniżonego nastroju i powrocie do aktywności cały czas miał poczucie, że ludzie zwracają na niego nadmierną uwagę, wyraźnie relacjonował, że służby mają go na widelcu. Systematycznie uczęszczał na wizyty do psychiatry i przyjmował leki. Po blisko 7 mies. od wystąpienia pierwszych objawów uzyskał wgląd chorobowy.

Zaburzenie schizofektywne według ICD-11

Zaburzenie schizofektywne jest zaburzeniem epizodycznym, w którym wymagania diagnostyczne epizodu schizofrenii oraz epizodu manii, mieszanego, umiarkowanej lub ciężkiej depresji są spełnione w ramach tego samego epizodu choroby – jednocześnie lub w odstępie kilku dni. Wyraźnym objawom schizofrenii, takim jak urojenia, omamy, dezorganizacja myślenia oraz poczucie ograniczenia kontroli, wpływu i ovladnięcia, towarzyszą typowe objawy umiarkowanego lub ciężkiego epizodu depresyjnego, epizodu manii albo epizodu mieszanego. Mogą występować zaburzenia psychomotoryczne, w tym katatonii. Objawy muszą utrzymywać się przez co najmniej miesiąc. Nie są one przejawem innego stanu chorobowego, np. guza mózgu, ani skutkiem działania substancji lub leku na ośrodkowy układ nerwowy, np. kortykosteroidów, w tym również ich odstawienia, np. odstawienia alkoholu.

SCHIZOFRENIA



Ryc. 8.6 Spektrum schizofrenii.

stępowaniu przelotnych objawów psychotycznych) niskie dawki atypowych leków przeciwpsychotycznych.

W klasyfikacji DSM-5[®] zaburzenie schizotypowe (osobowość schizotypowa) zostało umieszczone w rozdziale zaburzeń należących do spektrum schizofrenii innych zaburzeń psychotycznych, ponieważ jest postrzegane jako część zaburzeń należących do spektrum schizofrenii.

Ramka 8.5 Zaburzenia schizotypowe (osobowość schizotypowa) według DSM-5[®]

- A. Wzorec zachowań związany z deficytem w zakresie umiejętności społecznych i w kontaktach międzyludzkich, charakteryzujący się nasilonym dyskomfortem występującym w bliskich relacjach oraz zmniejszoną zdolnością do wchodzenia w nie, a także zniekształceniami poznawczymi i w zakresie spostrzegania oraz ekscentrycznymi zachowaniami, rozpoczynający się u młodych dorosłych i występujący w różnych warunkach, charakteryzujący się co najmniej pięcioma z poniższych:
1. Myśli odnoszące (z wyłączeniem urojeń odnoszących).
 2. Dziwaczne przekonania i myślenie magiczne, wpływające na zachowanie, niezgodne z normami typowymi dla danego kręgu kulturowego (np. bycie przesadnym, wiara w jasnowidzenie, telepatię lub „szósty zmysł”. U dzieci i osób dorastających dziwaczne fantazje i zainteresowania).
 3. Nietypowe doświadczenia spostrzeżeń, z uwzględnieniem iluzji cielesnych.
 4. Dziwaczne myślenie lub używanie dziwnego języka (np. niejasnego, drobiazgowego, metaforycznego, rozwlekłego, stereotypowego).
 5. Podejrzliwość i nastawienie paranoidalne.
 6. Niedostosowany lub zawężony afekt.
 7. Dziwaczne, ekscentryczne lub osobiwe zachowanie albo wygląd.
 8. Brak przyjaciół lub osób zaufanych, poza najbliższymi krewnymi.
 9. Nadmierny lęk społeczny, który nie zmniejsza się wraz z poznawaniem innych osób i ma związek raczej z obawami paranoidalnymi niż negatywną oceną samego siebie.
- B. Objawy nie występują wyłącznie w przebiegu schizofrenii, epizodu zaburzenia [afektywnego] dwubiegowego lub zaburzenia depresyjnego z objawami psychotycznymi albo innego zaburzenia psychotycznego i nie są spowodowane innym stanem ogólnomedycznym.

6A23 Ostre i przemijające zaburzenie psychotyczne – co to jest?

Przypadek kliniczny

Marcin, lat 19, w klasie maturalnej zaczął przejawiać nagłą i wyraźną zmianę zachowania. Jego aktywność religijna została zdominowana przez przekonanie, że wkrótce nastąpi koniec świata i że musi nawracać rodzinę oraz kolegów. Opuścił dom bez poinformowania bliskich; odnaleziono go w klasztorze. Zakonnicy zwrócili uwagę na jego pobudzenie, silny lęk i zachowanie wyraźnie odbiegające od wcześniejszego funkcjonowania. Marcin twierdził, że nieznana siła przekazała mu telepatycznie informacje o nadchodzącej zagładzie. Słyszał głosy przypisywane Bogu i szatanowi, nakazujące mu nawracanie innych. Bezpiecznie czuł się jedynie w kościele. Wykluczono działanie substancji psychoaktywnych, chorobę somatyczną oraz dominujący epizod afektywny. Pacjent zgodził się na hospitalizację. Po zastosowaniu leczenia przeciwpsychotycznego i postępowania wspierającego w ciągu dwóch tygodni uzyskano pełne ustąpienie objawów psychotycznych. Konieczna była dalsza obserwacja ze względu na możliwość nawrotu i późniejszej zmiany rozpoznania.

Współdzielone urojenia – historycznie *folie à deux*

Termin *folie à deux* wprowadzili Lasègue i Falret w 1877 r., a nie w 1987 r. Określa on sytuację, w której osoba pozostająca w bliskiej relacji z człowiekiem doświadczającym psychozy przyjmuje i podziela jego przekonania urojeniowe. Zjawisku sprzyjają długotrwała bliskość, zależność oraz izolacja społeczna. Gdy obejmuje ono więcej osób, historycznie używa się określeń *folie à plusieurs* lub *folie à famille*. W ICD-11 nie stanowi ono odrębnego rozpoznania.

Ocena diagnostyczna

Należy potwierdzić znaczne podobieństwo treści urojeń, ich chronologię oraz wpływ relacji między osobami. Każdą osobę trzeba zbadać oddzielnie, wykluczając przekonania akceptowane kulturowo lub religijnie, działanie substancji, choroby somatyczne i niezależnie rozwijające się zaburzenie psychotyczne. Rozpoznanie ustala się indywidualnie zgodnie z dominującym obrazem klinicznym.

Postępowanie

Podstawą jest ocena bezpieczeństwa i leczenie zaburzenia występującego u każdej z osób. Czasowe ograniczenie wzajemnego kontaktu może osłabić podzielane urojenia, lecz sama separacja nie zawsze wystarcza. Leczenie przeciwpsychotyczne stosuje się zgodnie z indywidualnym rozpoznaniem. Ważne są również interwencje rodzinne,

PSYCHIATRIA

TOM 1

Psychiatria jest jedną z najbardziej fascynujących, a zarazem wymagających dziedzin medycyny. Łączy wiedzę z zakresu neuronauki, psychologii, farmakologii i nauk społecznych, a jednocześnie wymaga uważności na człowieka – jego niepowtarzalne doświadczenie, cierpienie i historię.

Dobrze pamiętamy czas własnego kształcenia specjalizacyjnego: ogrom wiedzy, zmieniające się klasyfikacje, niepewność pierwszych decyzji klinicznych i potrzebę znalezienia podręcznika, który nie tylko porządkuje informacje, lecz także pomaga zrozumieć ich znaczenie w codziennej pracy z pacjentem. Z tego doświadczenia powstała ta książka. Staraliśmy się stworzyć możliwie aktualny, spójny i praktyczny przewodnik po współczesnej psychiatrii, który będzie towarzyszył lekarzom w trakcie specjalizacji, przygotowania do egzaminu, a później również w samodzielnej praktyce.

Równolegle przedstawiamy najważniejsze systemy diagnostyczne – ICD-11 oraz DSM-5®/DSM-5-TR® – wskazując ich podobieństwa i różnice, a także odnosząc je do wcześniejszych klasyfikacji. Chcieliśmy w ten sposób ukazać ciągłość rozwoju naszej dziedziny, ale też przypomnieć, że psychiatria pozostaje nauką żywą, stale zmieniającą się i otwartą na nowe odkrycia.

W nauce pomagają zamieszczone w książce pytania sprawdzające, przypadki kliniczne i przykłady kazuistyczne, pozwalające przełożyć wiedzę teoretyczną na sposób myślenia przydatny w kontakcie z pacjentem. Integralną część podręcznika stanowią również materiały dostępne online, które rozwijają jego treść i wspierają samodzielne kształcenie.

Mamy nadzieję, że książka stanie się nie tylko źródłem wiedzy, lecz także życzliwym przewodnikiem w poznawaniu psychiatrii – nowoczesnej, naukowej i klinicznej, a zarazem głęboko humanistycznej.

*Piotr Galecki
Agata Szulc*