

# PSYCHIATRIA



Piotr Gątecki  
Agata Szulc



# PSYCHIATRIA

Wszelkie prawa zastrzeżone, zwłaszcza 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 leczenia i diagnozowania, 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. Radzimy zapoznać się również z informacjami producenta leku, opisywanych narzędzi i sprzętu. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości należy niezwłocznie zasięgnąć porady lekarskiej.

© Copyright by Edra Urban & Partner, Wrocław 2018

Autorzy:

prof. dr hab. n. med. Piotr Gałecki  
prof. dr hab. n. med. Agata Szulc

Recenzenci:

prof. dr hab. n. med. Joanna Rymaszewska  
prof. dr hab. n. med. Jerzy Samochowiec

Prezes Zarządu: Giorgio Albonetti

Dyrektor wydawniczy: lek. med. Edyta Błażejewska

Redaktor prowadzący: Dorota Lis-Olszewska

Redaktor tekstu: Elżbieta Kożuchowska

Projekt okładki: Beata Poźniak

Opracowanie skorowidza: Aleksandra Ozga

ISBN 978-83-65835-90-1

Edra Urban & Partner

ul. Kościuszki 29, 50-011 Wrocław

tel. +48 71 726 38 35

[www.edraurban.pl](http://www.edraurban.pl)

Łamanie i przygotowanie do druku: Andrzej Kuriata

Druk i oprawa: KDD, Konin

# SPIS TREŚCI

Przedmowa	ix		
Podziękowania	x		
<b>Rozdział I</b>		<b>Rozdział XII</b>	
Norma zdrowia psychicznego	1	Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (F60–F69)	325
<b>Rozdział II</b>		<b>Rozdział XIII</b>	
Układ nerwowy człowieka – co jest istotne dla psychiatry?	11	Niepełnosprawność intelektualna (F70–F79)	363
<b>Rozdział III</b>		<b>Rozdział XIV</b>	
Psychopatologia	35	Zaburzenia rozwoju psychologicznego (F80–F89)	377
<b>Rozdział IV</b>		<b>Rozdział XV</b>	
Choroba psychiczna wczoraj i dziś – krótka historia psychiatrii	65	Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym (F90–F98)	391
<b>Rozdział V</b>		<b>Rozdział XVI</b>	
Jak prawidłowo przeprowadzić badanie psychiatryczne	79	Jak możemy pomagać	403
<b>Rozdział VI</b>		<b>Rozdział XVII</b>	
Zaburzenia psychiczne organiczne, włącznie z zespołami objawowymi (F00–F09)	97	Prawo a psychiatria, czyli psychiatra jako biegły w sądzie oraz paternalizm w psychiatrii (stan prawny na dzień 15.03.2018)	417
<b>Rozdział VII</b>		<b>Pytania sprawdzające z wyjaśnieniem odpowiedzi</b>	<b>441</b>
Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (F10–F19)	133	<b>Słowniczek</b>	<b>531</b>
<b>Rozdział VIII</b>		<b>Dodatek</b>	<b>565</b>
Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii i urojeniowe (F20–F29)	157	<b>Literatura</b>	<b>595</b>
<b>Rozdział IX</b>		<b>Skorowidz</b>	<b>615</b>
Zaburzenia nastroju (afektywne) (F30–F39)	189	<b>O Autorach</b>	<b>625</b>
<b>Rozdział X</b>			
Zaburzenie nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (F40–F48)	237		
<b>Rozdział XI</b>			
Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi (F50–F59)	279		

# SCHIZOFRENIA, ZABURZENIA TYPU SCHIZOFRENII I UROJENIOWE (F20–F29)

*Schizofrenik może powiedzieć o sobie „królestwo moje nie jest z tego świata”.*

**Antoni Kępiński**

---

Ta część obejmuje schizofrenię, zaburzenia schizotypowe, uporczywe zaburzenia urojeniowe, a także dużą grupę ostrych i przemijających zaburzeń psychotycznych. Przypisano tu również zaburzenia schizoafektywne.

## F20 Schizofrenia

### PRZYPADEK

Marek był zawsze grzecznym chłopcem, chociaż nauka sprawiała mu problemy. W szkole podstawowej miał kilku kolegów, ale od czasu gimnazjum – już prawie z nikim się nie spotykał, w szkole szło mu coraz gorzej. Zdaniem matki był uzależniony od Internetu. Liceum nie udało mu się skończyć. Przestał wychodzić z domu. Mieszkał tylko z matką, ojciec wyprowadził się z domu, gdy Marek miał kilka lat. Matka przez długi czas namawiała Marka na wizytę u psychologa. Ostatecznie się zgodził. Psycholog skierował Marka na konsultację do lekarza psychiatry. Okazało się, że Marek od kilku lat słyszy głosy, które komentują jego zachowanie w negatywny sposób, nie wychodzi z domu, ponieważ uważa, że ludzie obserwują go i śmieją się z niego. Ma trudności z koncentracją uwagi oraz pamięcią.

### PRZYPADEK

Anna, lat 25, po ukończeniu studiów rozpoczęła swoją pierwszą pracę. Dość szybko zaczęła wchodzić w konflikty z kolegami. Była przekonana, że inni ją obgadują i wyśmiewają, nagrywają jej zachowanie i umieszczają nagrania w Internecie. Odeszła z pracy, ale cały czas czuła się obserwowana. Po namowach rodziny zgłosiła się do psychiatry. Kilka lat wcześniej w trakcie wakacyjnej pracy jako *au pair* we Francji uważała, że ojciec rodziny, u której przebywała, podgląda ją w łazience, filmuje ją, a także słyszała, jak ktoś o niej rozmawia i chce ją porwać. Pobyt za granicą skróciła i wróciła do domu. Tu nadal zasłaniała wszystkie okna i czuła się obserwowana. Objawy ustąpiły samoistnie. Obecnie jest całkowicie bezkrytyczna wobec swoich objawów, uważa, że wszystko dzieje się naprawdę, cały czas słyszy głosy, które według niej to potwierdzają.

### Co to jest?

Schizofrenia jest chorobą mózgu związaną z jego zmianami czynnościowymi i strukturalnymi. W społeczeństwie, a nawet w środowisku medycznym (niestety) spostrzeganie zaburzeń psychicznych, w tym przede wszystkim schizofrenii, jest odmienne. Powszechnie uważa się, że są one „czymś dziwnym, nieznanym”, czego należy się obawiać. Osoby cierpiące na schizofrenię często wykazują objawy psychotyczne – to znaczy urojenia lub pseudohalucynacje, co może powodować, że zachowują się inaczej niż pozostali członkowie społeczeństwa. Objawy te można leczyć za pomocą leków przeciwpsychotycznych i zazwyczaj dość szybko przemijają pod wpływem właściwej farmakoterapii. W sposób przewlekły mogą się utrzymywać takie objawy, jak apatia i izolacja społeczna, a także zaburzenia funkcji poznawczych. Symptomy te sprawiają, że pacjenci mają problemy w relacjach międzyludzkich, kłopoty z nauką i pracą.



### ! Pamiętaj!

Zaburzenia psychiczne to choroby, które należy traktować jako zjawisko medyczne, a więc takie, które trzeba leczyć, co więcej – można je wyleczyć.

**Piotr Gałęcki**

Zaburzenia schizofreniczne charakteryzują się zakłóceniami myślenia i postrzegania, jak również niedostosowanym i splotym afektem. Jasna świadomość i sprawność intelektu są zwykle zachowane, choć z czasem mogą pojawiać się pewne deficyty poznawcze. Najważniejsze objawy psychopatologiczne obejmują: **echo myśli, nasyłanie oraz zabieranie myśli, rozgłaśnianie (odsłonięcie) myśli, postrzeganie urojone oraz urojenia oddziaływania, wpływu lub o władnięcia, głosy omamowe komentujące lub dyskutujące o pacjencie w trzeciej osobie, zaburzenia myślenia i objawy negatywne.**

Przebieg zaburzeń schizofrenicznych może być ciągły lub epizodyczny, z postępującym lub stabilnym deficytem, bądź też może wystąpić jeden lub więcej epizodów z pełną lub częściową remisją. Rozpoznanie schizofrenii nie należy stawiać, jeżeli występują nasilone objawy depresyjne lub maniakalne, chyba że objawy schizofreniczne wyraźnie poprzedzają zaburzenia afektywne. Schizofrenii nie należy również rozpoznawać w przypadku występowania poważnej choroby mózgu, ani też w przypadku zatrucia substancjami lub ich odstawienia.

**Tabela 8.1** Kryteria diagnostyczne schizofrenii wg ICD-10

- G1.** Albo co najmniej jeden z zespołów, objawów lub przejawów wymienionych niżej w punkcie (1), albo co najmniej dwa z objawów i przejawów wymienionych w punkcie (2) – jeżeli występują przez większość czasu trwania epizodu choroby psychiatrycznej utrzymującego się przez co najmniej **jeden miesiąc** (lub okresowo w ciągu większości dni tego okresu).
- (1) Co najmniej jedno z następujących:
- echo myśli, nasycanie i zabieranie myśli oraz rozgłaśnianie (odstąpienie) myśli,
  - urojenia oddziaływania, wpływu lub o władnięcia wyraźnie odnoszone do ruchów ciała lub kończyn, albo do określonych myśli, działań czy odczuć; spostrzeżenie urojeniowe,
  - głosy omamowe komentujące na bieżąco zachowanie pacjenta albo dyskutujące o nim między sobą, albo innego typu głosy omamowe pochodzące z jakiejś części ciała,
  - utrwalone urojenia innego rodzaju, których treść jest niedostosowana kulturowo i całkowicie niemożliwa do zaistnienia (np. zdolność oddziaływania na pogodę, pozostawanie w łączności z przybyszami z innego świata);
- (2) lub co najmniej dwa z następujących:
- utrwalone omamy z zakresu jakiegokolwiek zmysłu, jeżeli występują każdego dnia w ciągu co najmniej jednego miesiąca i towarzyszą im urojenia (mogą być zwiewne lub na wpół ukształtowane) bez wyraźnej treści afektywnej lub utrwalone myśli nadwartościowe,
  - neologizmy, przerwy lub wstawki w toku myślenia, prowadzące do rozkojarzenia lub niedostosowania wypowiedzi,
  - zachowania katatoniczne, takie jak: pobudzenie, zastyganie lub giętkość woskowa, negatywizm, mutyzm i osłupienie,
  - objawy „negatywne”, takie jak: apatia, zubożenie wypowiedzi oraz spłylenie lub niespójność reakcji emocjonalnych (należy wyraźnie stwierdzić, że nie są spowodowane depresją lub lekami neuroleptycznymi).
- G2.** Najczęściej stosowane przesłanki wykluczenia
- Jeżeli pacjent spełnia również kryteria epizodu maniakalnego (F30.-) lub depresyjnego (F32.-), wyliczone powyżej w pkt G1 (1) i G1 (2), kryteria muszą być spełnione przed wystąpieniem zaburzeń nastroju.
  - Zaburzenie nie jest uwarunkowane chorobą mózgu (w rozumieniu F00–F09), ani też zatruciem (F1x.0), uzależnieniem (F1x.2) lub odstawieniem (F1x.3 lub F1x.4) alkoholu albo innych substancji.

**Ramka 8.1** Klasyfikacja schizofrenii wg ICD-10

<b>F20.0</b>	Schizofrenia paranoidalna
<b>F20.1</b>	Schizofrenia hebefreniczna
<b>F20.2</b>	Schizofrenia katatoniczna
<b>F20.3</b>	Schizofrenia niezróżnicowana
<b>F20.4</b>	Depresja poschizofreniczna
<b>F20.5</b>	Schizofrenia rezydualna
<b>F20.6</b>	Schizofrenia prosta

**Historia**

Zdarzało się, iż objawy przypominające schizofrenię w dawnych czasach były traktowane jako przejaw opętania. Dopiero pod koniec XIX wieku opisano zespół symptomów, które można traktować jako odpowiednik dzisiejszej schizofrenii. **Emil Kraepelin**, niemiecki psychiatra, wprowadził termin *dementia praecox*, czyli „otępienie wczesne”, którym określał zespół zaburzeń poznawczych, emocjonalnych i wolicjonalnych, o niepomysłnym przebiegu, prowadzących do stopniowej degradacji psychicznej. Definicja ta zmieniała się przez lata, a finalnie została doprecyzowana w roku 1899. Natomiast pojęcie „schizofrenia” zostało zaproponowane przez szwajcarskiego psychiatrę **Eugena Bleulera** dopiero w 1908 roku.

**! Pamiętaj!**

E. Bleuler opisał tzw. **objawy osiowe schizofrenii**, tzn. objawy charakterystyczne dla tej choroby, a także takie, które występują w każdym przypadku i są podstawą rozpoznania.

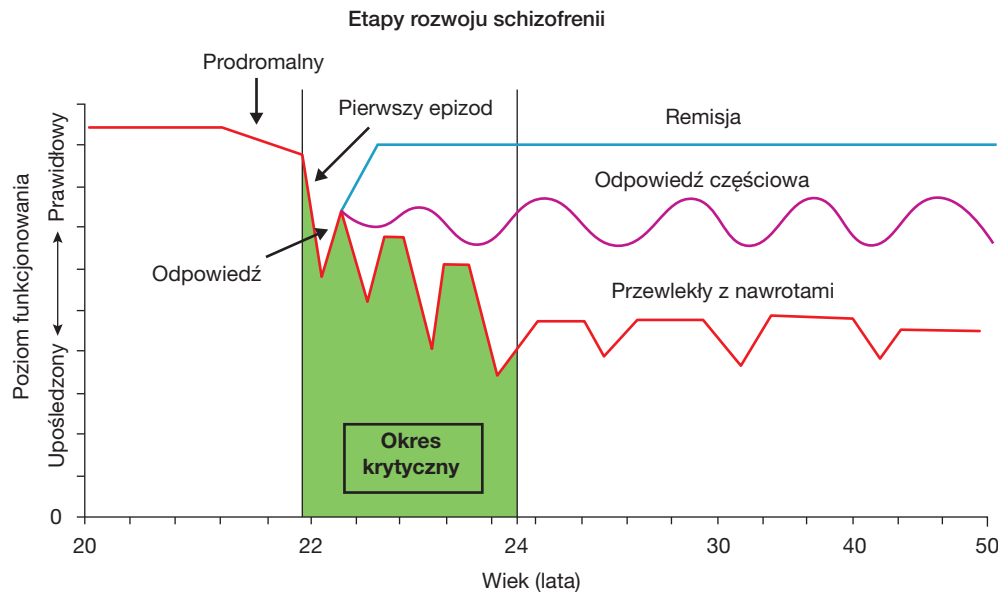
Określił je jako „4A”, ponieważ nazwa każdego z nich rozpoczynała się od pierwszej litery alfabetu. Są to:

**Ambiwalencja, ambisentencja, ambitendencja** – dwoiste, sprzeczne, wzajemnie wykluczające się uczucia, sądy, działania.

**Autyzm** – odcięcie się od rzeczywistości, zanurzenie się w wewnętrznym świecie.

**Afekt** – zaburzenia afektu, czyli zblednięcie afektu – pacjent nie wykazuje żadnych reakcji emocjonalnych, nawet w odpowiedzi na poważne przeżycia, mimika twarzy jest uboga, nie obserwuje się ani radości, ani smutku, pacjent wygląda tak, jak gdyby nic go nie obchodziło.

**Asocjacje** – zaburzenia asocjacji, czyli rozkojarzenie, brak związku, albo niewielki związek pomiędzy wypowiedzianymi słowami, które nie układają się w spójną wypowiedź, objawy rozkojarzenia w wypowiedziach odzwierciedlają zaburzenia myślenia.



**Ryc. 8.2** Etapy rozwoju schizofrenii.

Najczęstsza postać schizofrenii, w której dominują **urojenia i pseudohalucynacje**, głównie słuchowe. Urojenia mają z reguły charakter prześladowczy (nie są one charakterystyczne dla schizofrenii, ale najczęściej występują w jej przebiegu). Inne możliwe urojenia to urojenia ksbne i odnoszące (wszyscy na mnie patrzą, obserwują mnie i komentują moje zachowanie, śmieją się ze mnie, nagrywają na kamery, można to zobaczyć w Internecie). Czasami pacjenci uważają, że ktoś nimi kieruje, wpływa na ich zachowanie.

Najczęściej występujące pseudohalucynacje to doznania słuchowe (tzw. głosy), które komentują zachowanie pacjentów („jesteś beznadziejny, jak można tak się zachowywać”), używając też wulgarysmów. Bardzo rzadko zdarza się, aby „głosy” wypowiadały treści pozytywne. Pseudohalucynacje mogą też mieć charakter imperatywny (nakazujący), np. popełnienie samobójstwa lub też jakiegoś czynu, który może być krzywdzący dla innych (niekiedy nawet niebezpieczny).

Urojenia wraz z pseudohalucynacjami tworzą najczęściej niezbyt spójny system (w przeciwieństwie do tzw. uporczywych zaburzeń urojeniowych). Potwierdzeniem urojeń są towarzyszące im halucynacje lub pseudohalucynacje.

Objawy psychotyczne wpływają na zachowanie pacjenta, powodując, że ucieka z domu z obawy przed wyrządzeniem mu krzywdy, ukrywa się, wyjeżdża za granicę itd.

### Pamiętaj!

*Abulia* – zmniejszenie chęci do działania i myślenia (osłabienie woli), obojętność na skutki swego postępowania.

*Anhedonia* – utrata zainteresowań oraz zaprzestanie wszelkich działań będących zazwyczaj źródłem przyjemności.

*Apatia* – zniesienie reakcji uczuciowej.

*Omamy* – zaburzenia spostrzegania, spostrzeżenia przedmiotów, które nie są spowodowane przez żaden obiektywnie istniejący bodziec. Omamy wzrokowe (kolorowe, czarno-białe), słuchowe (np. rozkazujące), czuciowe (swędzenie, mrowienie, oddziaływanie prądu elektrycznego), smakowe i węchowe (przykre zapachy, zgnilizna, rozkładające się ciało), ruchowo-czuciowe (zmiany położenia ciała, kończyn). Dla schizofrenii bardziej charakterystyczne są pseudohalucynacje niż halucynacje.

*Stępienie uczuciowe* – trwałe obniżenie życia uczuciowego, przede wszystkim uczuciowości wyższej (ujawnia się agresja, lęk, zanik krytycyzmu, obojętność wobec najbliższych, zanik uczuć etyczno-moralnych).

*Uczucie owładnięcia* – chory ma poczucie, że jest kontrolowany przez obce moce i siły nadprzyrodzone. Może też występować poczucie, że obca siła przeniknęła jego umysł. Jest to interpretowane jako wpływ duchów, promieniowania kosmicznego czy wszczepionych nadajników radiowych.



**Urojenia** – zaburzenia treści myślenia, sądy sprzeczne z rzeczywistością, którym towarzyszy silne przekonanie o ich prawdziwości i są podtrzymywane pomimo przedstawiania dowodów na ich fałszywość. Rodzaje: prześladowcze, zazdrości, wielkościowe, depresyjne, grzeszności, winy, ksobne, hipochondryczne, nadwartościowe.

**Zaburzenia myślenia** – poczucie, że myśli są nasyłane lub odciągane z mózgu. Niekiedy chory może mieć urojenie, że jego myśli ulegają nagłośnieniu tak, że inne osoby mogą je słyszeć.

**Zmiany emocjonalne i wolicjonalne** – emocje i uczucia stają się mgliste lub mniej jasne i mogą być opisywane jako „spłycone”. Może też wystąpić spadek inicjatywy czy energii. Takie zmiany nazywamy też objawami negatywnymi, w przeciwieństwie do objawów „wytwórczych” (omamów i urojeń), które określamy jako objawy pozytywne.

### Schizofrenia hebefreniczna

Bardzo rzadki typ schizofrenii, w którym dominują objawy dezorganizacji. Dotyczy głównie osób bardzo młodych. Na pierwszym planie widoczne są objawy niedostosowanego afektu. Reakcje emocjonalne są blade, myślenie i mowa z cechami rozkojarzenia, zachowanie jest dziwaczne, niedostosowane do sytuacji. Pacjenci często są zaniedbani, sprawiają wrażenie osób z głębokim upośledzeniem umysłowym. Halucynacje i urojenia mogą wystąpić, ale są przelotne i niezbyt nasilone, a urojenia niespójne. Charakterystyczne są także **manieryzmy** (dziwne, celowe ruchy często powtarzane, grymasy twarzy itp.), **stereotypie** (bezcelowe, często powtarzane ruchy, np. kiwanie się).

**Tabela 8.5** Kryteria diagnostyczne schizofrenii hebefrenicznej wg ICD-10

- A.** Spełnione ogólne kryteria schizofrenii (F20.0–F20.3).
- B.** Występuje którekolwiek z następujących:
- (1) wyraźne i utrzymujące się spłylenie lub pustka afektywna,
  - (2) wyraźne lub utrzymujące się niespójność lub niedostosowanie afektu.
- C.** Występuje którekolwiek z następujących:
- (1) zachowanie raczej bezcelowe i niepowiązane niż ukierunkowane celowo.
  - (2) wyraźne zaburzenia myślenia, przejawiające się wypowiedziami niepowiązanymi, chaotycznymi lub rozkojarzonymi.
- D.** Omamy lub urojenia nie dominują w obrazie klinicznym, choć mogą występować z mniejszym nasileniem.

### Schizofrenia katatoniczna

Jest to bardzo rzadka postać schizofrenii. Niektóre z jej objawów mogą być wynikiem innych zaburzeń (organicznego uszkodzenia mózgu). Katatonia może przybrać **postać hiperkinetyczną** (nadmierne, niekontrolowane pobudzenie, tzw. szał) lub postać **zahamowania katatonicznego**: spowolnienie psychoruchowe, często postępujące, mutyzm, brak interakcji z otoczeniem, zaprzestanie przyjmowania pokarmów i płynów, a także – w skrajnych stanach – wstrzymanie wydalania.

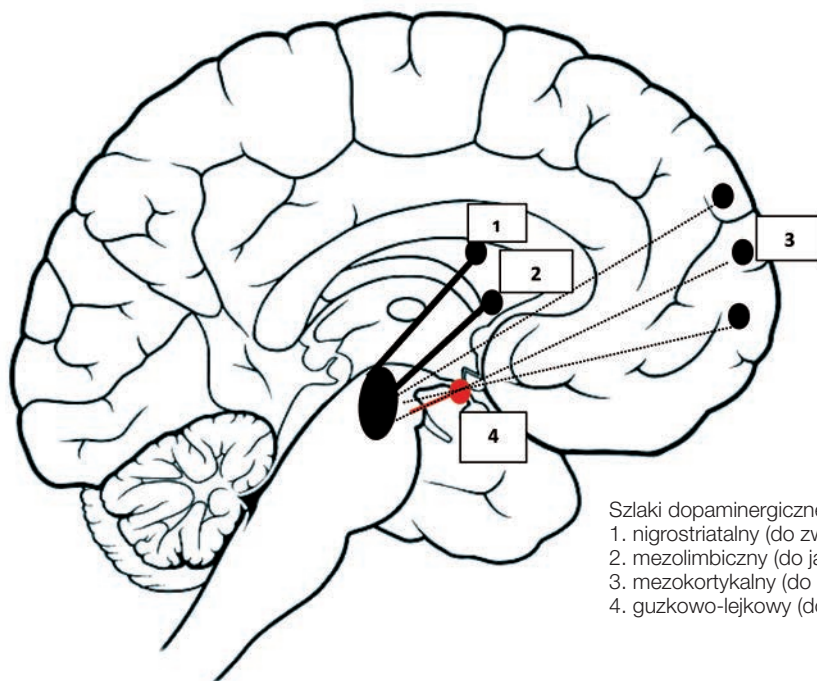
**Tabela 8.6** Kryteria diagnostyczne schizofrenii katatonicznej wg ICD-10

- A.** Ogólne kryteria schizofrenii (F20.0–F20.3) ostatecznie muszą być spełnione, choć początkowo, gdy pacjent jest niekomunikatywny, stwierdzenie ich może nie być możliwe.
- B.** Przez okres co najmniej dwóch tygodni występuje jedno lub więcej z następujących zachowań katatonicznych:
- (1) osłupienie (znaczny spadek reaktywności wobec otoczenia oraz zmniejszenie spontanicznej ruchliwości i aktywności) lub mutyzm,
  - (2) pobudzenie (wyraźnie bezcelowa aktywność ruchowa, niepoddająca się wpływowi bodźców zewnętrznych),
  - (3) zastyganie (dobrowolne przyjmowanie i utrzymywanie pozycji niedostosowanych lub dziwacznych),
  - (4) negatywizm (wyraźnie nieumotywowany opór wobec wszelkich poleceń lub prób spowodowania ruchu, albo ruch w przeciwnym kierunku),
  - (5) sztywność (utrzymywanie sztywnej pozycji przy próbach spowodowania ruchu),
  - (6) giętkość woskowa (utrzymywanie kończyn i tułowia w pozycjach nadanych z zewnątrz),
  - (7) automatyzm nakazowy (automatyczne poddawanie się poleceniom).

### Ostra śmiertelna katatonia

Pacjent jest w ciężkim stanie ogólnym. Dochodzi do hipertermii (ośrodkowej), bardzo wysokiej leukocytozy i podwyższenia wartości kinazy keratynowej, sztywności mięśni, utraty przytomności, niewydolności narządów i w konsekwencji śmierci.

Objawy tzw. ruchowe wskazujące na katatonię to: **giętkość woskowa** (np. kończyna pacjenta może być formowana jakby była z wosku, a nadana pozycja jest utrzymywana przez dłuższy czas), czasami obserwuje się zjawisko tzw. **poduszki powietrznej** (pacjent utrzymuje w pozycji leżącej głowę powyżej łóżka, tak jakby miał pod głową poduszkę), **negatywizm** – opór



Szlaki dopaminergiczne:  
 1. nigrostriatalny (do zwojów podstawy);  
 2. mezolimbiczny (do jądra półleżącego);  
 3. mezokortyczny (do kory czołowej);  
 4. guzkowo-lejkowy (do podwzgórza);

**Ryc. 8.3** Szlaki dopaminowe w mózgu (opracowanie własne).

### Szlak nigrostriatalny

- (1) Proces schizofreniczny nie jest związany z istotnymi zmianami przewodnictwa dopaminergicznego w prążkowie.
- (2) Antagonizm receptorów serotonergicznym 5-HT<sub>2A</sub> neuronów dopaminergicznym w szlaku nigrostriatalnym (w obrębie pnia mózgu i w korze przedczołowej) powoduje:
- (3) Odhamowanie neuronu dopaminergicznego i wynikające z niego:
- (4) Nasilenie uwalniania dopaminy w prążkowie.
- (5) Mimo farmakologicznego blokowania receptorów D<sub>2</sub> w prążkowie, dopamina uwalniana w większej ilości konkuruje z lekiem o receptory dopaminergiczne, co znacznie zmniejsza ryzyko wystąpienia objawów pozapiramidowych.
- (6) O ile ryzyko objawów pozapiramidowych po zastosowaniu SDA jest mniejsze niż po zastosowaniu neuroleptyków klasycznych, to nadal może mieć istotne znaczenie w przypadku niektórych SDA, np.
  - ! risperidon: umiarkowane ryzyko,
  - olanzapina: niewielkie ryzyko,
  - sertindol: minimalne ryzyko.

### SZLAK GUZKOWO-LEJKOWY

Regulacja uwalniania prolaktyny (PRL) w przysadce:

- Dopamina działająca przez receptory D<sub>2</sub> hamuje uwalnianie PRL,
- Serotonina, działając przez receptory 5-HT<sub>2A</sub>, nasila uwalnianie PRL.

- (1) Proces schizofreniczny nie jest związany z istotnymi zmianami przewodnictwa dopaminergicznego w szlaku tuberoinfundibularnym.
- (2) Zablokowanie receptorów dopaminergicznym D<sub>2</sub> w zakończeniu szlaku tuberoinfundibularnego w podwzgórzem powoduje:
- (3) Nasilenie uwalniania prolaktyny z komórek laktotropowych (hiperprolaktynemia).
- (4) Antagonizm 5-HT<sub>2A</sub> ma natomiast działanie przeciwstawne do antagonizmu D<sub>2</sub> (powoduje osłabienie wydzielania PRL), dlatego:
- (5) W przypadku leków atypowych SDA ryzyko hiperprolaktynemii jest mniejsze niż w przypadku leczenia neuroleptykami klasycznymi. Natomiast hiperprolaktynemia polekowa może mieć istotne znaczenie w przypadku niektórych SDA, np.
  - risperidon, amisulpryd: znaczne ryzyko,
  - olanzapina: niewielkie ryzyko,
  - sertindol, arypiprazol: minimalne ryzyko.

**Tabela 8.12** Leki I generacji (nadal stosowane) w leczeniu schizofrenii

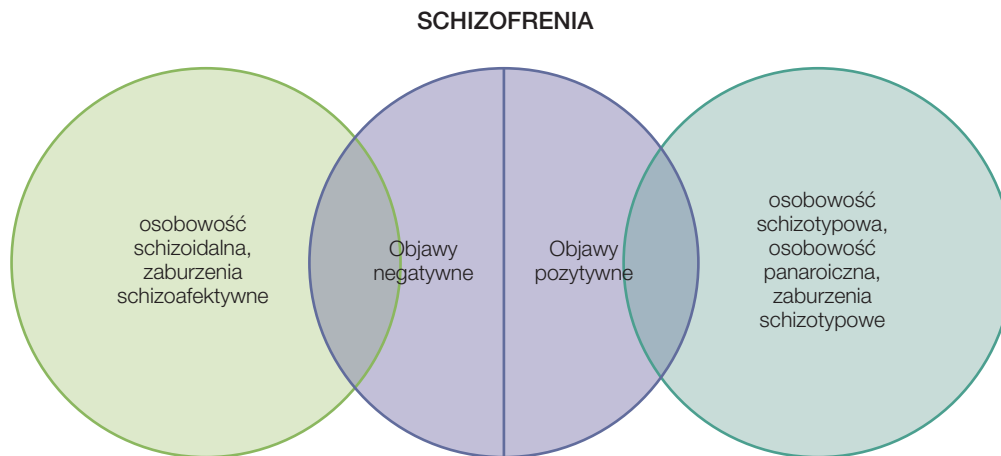
Lek		Dawkowanie <i>p.o./d</i> , średnio	Postać <i>i.m.</i>	Dawka/d
Haloperidol	Sedacja, działanie przeciwpsychotyczne	10–15, max do 30 mg	amp. 5 mg	10–15 mg
Zuklopentiksol	Sedacja, działanie przeciwpsychotyczne	25–100 mg/d	amp. 50 mg	1 amp. co 48 godz.
Flupentiksol	W mniejszych dawkach – wpływ na objawy negatywne, w większych – działanie przeciwpsychotyczne	1,5–4,5, max do 6 mg		
Sulpiryd*	Wpływ na objawy negatywne	100–800 mg		
Pernazyna	Sedacja, słabe działanie przeciwpsychotyczne	200–600, max 800 mg		
Tiapryd	Słabe działanie przeciwpsychotyczne, zalecany w zaburzeniach zachowania, stanach pobudzenia i agresji u osób starszych	100–300 mg/d		
Lewomepromazyna	Sedacja, słabe działanie przeciwpsychotyczne, działanie nasenne	25–150, max 250 mg		
Chlorprotiksen	Sedacja, praktycznie brak działania przeciwpsychotycznego, działanie przeciwlękowe, nasenne	15–200, max 400 mg/d		

\* Ma działanie atypowe

**Tabela 8.13** Wpływ wybranych leków przeciwpsychotycznych na receptory i układy neuroprzekazników

Lek	Wpływ na receptory (antagonizm w kolejności siły oddziaływania)
Haloperidol	D2/D3/D4/alfa 1/5-HT2A
Amisulpryd	D2/D3/D4
Arypiprazol	D2/D3/5-HT2A/5-HT1/alfa 1 Częściowy agonista D2/5-HT1
Klozapina	Alfa 1/M1H1/D1/D4/D2/5-HT2A i C/5-HT3 (słabe działanie na receptory DA, minimalne ryzyko objawów pozapiramidowych)
Kwetiapina	Alfa 1/5-HT2A i C/D1/D4/H1
Olanzapina	5-HT2A/5-HT2C/H1/M1/D1/D2/D3/D4
Risperidon	5-HT2A/D2/D3/D4/alfa 1/5-HT2C/alfa 2/H1
Sertindol	5-HT2A/alfa 1/D1/D2/D3/D4
Ziprasidon	D2/D3/5-HT1/5HT-2A i C/alfa 1
Zuklopentiksol	D1/D2

D1–D4 – receptory dopaminergiczne; 5-HT – receptory serotonergiczne; H1 – receptory histaminowe; M1 – receptory muskarynowe.



**Ryc. 8.4** Spektrum schizofrenii.

najmniej w pewnym zakresie, ze wspólnym podłożem genetycznym tych chorób.

## F21 Zaburzenie schizotypowe

### PRZYPADEK

Anna, 27 lat, zgłosiła się do lekarza psychiatry w towarzystwie ojca, zaniepokojonego jej zachowaniem. Anna zajmuje się magią, twierdzi, że widzi aurę wokół ludzi, ma kontakt z istotami z zaświatów. Zawsze była raczej dziwna, wycofana, mało towarzyska. Skończyła jednak studia i pracuje w biurze jako sekretarka. Rzadko wychodzi z domu, ma jedynie

kilka koleżanek. Często kontaktuje się przez Internet z osobami o podobnych do swoich zainteresowaniach. W ostatnim czasie Anna zaczęła wprowadzać dziwne zwyczaje w domu (mieszka z rodzicami) – odczyniała uroki, zabraniała rodzicom spożywać niektóre pokarmy („bo mogą być szkodliwe”), kierowała się przy tym zaleceniami „istot” z zaświatów, które jednak bardziej odczuwała, niż słyszała i na swój sposób interpretowała (nie były to typowe halucynacje słuchowe).

Zaburzenia te cechują się ekscentrycznym zachowaniem oraz nieprawidłowościami myślenia i afektu zbliżonymi do tych spotykanych w schizofrenii, chociaż na żadnym etapie choroby nie występują odchylenia charakterystyczne dla schizofrenii. Rozpowszechnienie tego zaburzenia ocenia się na **3–4%**.

**Tabela 8.21** Kryteria diagnostyczne zaburzeń typu schizofrenii (schizotypowych) wg ICD-10

- A.** Przez okres co najmniej 2 lat w sposób ciągły lub powtarzający się badany przejawia co najmniej cztery z następujących:
- (1) niedostosowany albo ograniczony afekt, osoba wydaje się chłodna i obojętna,
  - (2) niezwykle, ekscentryczne, dziwaczne zachowanie lub wygląd,
  - (3) słaby kontakt z innymi i tendencja do społecznego wycofywania się,
  - (4) niezwykle sądy lub myślenie magiczne, wpływające na zachowanie i niespójne z normami subkulturowymi,
  - (5) podejrzliwość lub nastawienia urojeniowe,
  - (6) ruminacje bez wewnętrznego oporu, często o treściach dysmorfofobicznych, seksualnych lub agresywnych,
  - (7) niezwykle spostrzeżenia zmysłowe obejmujące iluzje somatosensoryczne (cielesne) lub inne, albo depersonalizację lub derealizację,
  - (8) puste, drobiazgowo, metaforyczne, nadmiernie wypracowane lub często stereotypowe myślenie, przejawiające się dziwacznością wypowiedzi albo w inny sposób, bez wyraźniejszego rozkojarzenia,
  - (9) chwilowe, przemijające i zwykle występujące bez zewnętrznej przyczyny epizody quasi-psychotyczne z intensywnymi iluzjami, omamami słuchowymi lub innymi oraz z przekonaniami podobnymi do urojeń.

**B.** Badany nigdy nie spełniał jakichkolwiek kryteriów zaburzeń należących do F20.- (schizofrenia).

### Objawy mogą obejmować

Chłodny lub niedostosowany afekt, anhedonię, dziwne lub ekscentryczne zachowanie, skłonność do społecznego wycofywania się, paranoidalne i dziwaczne idee nieosiągające poziomu rzeczywistych urojeń, zaburzenia myślenia i postrzegania, niekiedy przemijające epizody quasi-psychotyczne z nasilonymi iluzjami, omamami słuchowymi lub innymi oraz myślami podobnymi do urojeń, zwykle pojawiające się bez udziału czynników zewnętrznych.

Nie ma wyraźnego początku, a rozwój i przebieg mają zwykle cechy właściwe zaburzeniom osobowości.

Zaburzenie schizotypowe niekiedy jest traktowane jako zaburzenie poprzedzające wystąpienie pełnoobjawowej schizofrenii. Jest chorobą przewlekłą, zaczynającą się raczej powoli, rozwijającą się nawet w ciągu kilku lat. Obraz kliniczny może przypominać schizofrenię, ale w sposób niepełny. Pacjenci mogą wykazywać cechy dziwaczego zachowania, ekscentryczności, interesują się zjawiskami paranormalnymi, magią, psychotroniką itp. Afekt może być błady lub niedostosowany, pacjenci mogą być wycofani społecznie, nie angażują się w związki. Niekiedy pojawiają się mniej lub bardziej przelotne objawy quasi-psychotyczne (złudzenia, omamy czy ideacje paranoidalne). Jednak nie mają one wszystkich cech typowych dla tych objawów

psychopatologicznych. Widoczne są także zaburzenia toku myślenia.

### Leczenie

Pacjenci rzadko zgłaszają się do lekarza. Niekiedy to zaniepokojona rodzina prosi o konsultację, szczególnie w takich przypadkach, kiedy pacjent wycofuje się z życia społecznego, jest samotny, nie nawiązuje kontaktów towarzyskich. U niektórych pacjentów może wystąpić pełnoobjawowa psychoza. Wówczas konieczne jest leczenie farmakologiczne.

Gdy pacjent z zaburzeniem schizotypowym wyraża potrzebę podjęcia leczenia, można zastosować terapię wspierającą, a w uzasadnionych przypadkach (np. przy obecności przelotnych objawów psychotycznych) niskie dawki atypowych leków przeciwpsychotycznych.

## F22 Uporczywe (utrwalone) zaburzenia urojeniowe

### PRZYPADEK

50-letnia pacjentka zgłosiła się w towarzystwie 51-letniego męża. Została skierowana przez psychologa, do którego oboje małżonkowie zgłosili się w celu podjęcia terapii małżeńskiej. Żona twierdzi,

**Tabela 8.22** Zaburzenia schizotypowe (osobowość schizotypowa) w DSM-5

- A.** Wzorzec 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 przesądnym, wiara w jasnowidzenie, telepatię lub „szósty zmysł”. U dzieci i osób dorastających dziwaczne fantazje i zainteresowania).
  3. Nietypowe doświadczenia spostrzeżeniowe, z uwzględnieniem iluzji cielesnych.
  4. Dziwaczne myślenie lub używanie dziwaczego języka (np. niejasnego, drobiazgowego, metaforycznego, rozwlekłego, stereotypowego).
  5. Podejrzliwość i nastawienie paranoidalne.
  6. Niedostosowany lub zawężony afekt.
  7. Dziwaczne, ekscentryczne lub osobliwe zachowanie albo wygląd.
  8. Brak przyjaciół lub osób zaufanych, poza najbliższymi krewnymi.
  9. Nadmierny lęk społeczny, który nie ulega zmniejszeniu 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] dwubiegunowego lub zaburzenia depresyjnego z objawami psychotycznymi albo innego zaburzenia psychotycznego i nie są spowodowane innym stanem ogólnomedycznym.

że mają problemy z powodu „uzależnienia męża od seksu”. Jej zdaniem mąż zdradza ją od wielu lat z różnymi kobietami (z synową, z wieloma koleżankami z pracy). Mąż wszystkiemu zaprzecza. Uważa, że nie ma możliwości, aby zdradzał żonę. Nie ma na to czasu, dużo pracuje. Żona twierdzi, że mąż zawsze znajdzie okazję do zdrady. Kiedy ona śpi, on wychodzi z domu, szukając nowych partnerek. Czasami wystarcza mu krótka chwila sam na sam z synową. Mąż z kolei podkreśla, że od kilku miesięcy przez cały czas przebywa z żoną, nie opuszcza jej. Ona nie jest jednak w stanie mu uwierzyć. Podczas konsultacji kobieta, płacząc, grozi, że popełni samobójstwo.

### PRZYPADK

60-letnia Anna mieszka samotnie w małym mieszkaniu w bloku. Od kilku lat wchodzi w konflikty z sąsiadami mieszkającymi na piętrze powyżej jej mieszkania. W ciągu kilku ostatnich lat lokatorzy z tego mieszkania zmieniali się, jednak Anna nadal szukała konfliktów. Pacjentka wygraża sąsiadom, stuka w rury oraz w sufit. Uważa, że sąsiedzi specjalnie hałasują, żeby uprzykrzyć jej życie, zbyt głośno spuszcza wodę w toalecie. Anna jest przekonana, że w ostatnich dniach sąsiedzi zaczęli wpuszczać do jej mieszkania trujący gaz. Jest coraz bardziej agresywna werbalnie, wulgarna. Codziennie wzywa policję z prośbą o interwencję. Skarży się na sąsiadów, na nieudolność policji, wygraża pracownikom administracji. Mieszkanie jest zaniedbane. Anna jest również zaniedbana. Je bardzo mało, schudła. Jest pochłonięta walką z sąsiadami. Policja zawiadomiła opiekę społeczną. Pracownicy ośrodka złożyli do sądu wnioski o umieszczenie Anny w szpitalu psychiatrycznym bez jej zgody.

### Co to jest?

Często objawy psychotyczne (urojenia) układają się w obraz kliniczny nietypowy dla schizofrenii. Najbardziej charakterystyczną cechą kliniczną tych zaburzeń jest obecność trwałych urojeń, których nie można zaklasyfikować jako organicznych, schizofrenicznych czy afektywnych. **Urojenia te są usystematyzowane (ich treść jest możliwa do zaistnienia)**, zwykle dotyczą jednego aspektu życia. W innych sferach życia pacjent może funkcjonować poprawnie.

Zaburzenia te cechują się rozwojem albo pojedynczego urojenia, albo zespołu powiązanych ze sobą

urojeń, które zwykle utrzymują się przez długi czas (czasami do końca życia pacjenta). Wyraźne i trwałe omamy słuchowe (głosy), objawy schizofreniczne, takie jak urojenia oddziaływania czy znaczne spłylenie afektu, jak również oczywiste dowody choroby mózgu są sprzeczne z tym rozpoznaniem. Jednakże występujące okazjonalnie lub przemijające omamy słuchowe, szczególnie u starszych pacjentów, nie wykluczają tego rozpoznania, pod warunkiem że nie są one typowo schizofreniczne i stanowią jedynie niewielką część całego obrazu klinicznego.

Dominują przede wszystkim przewlekłe urojenia (**utrzymujące się przez co najmniej 3 miesiące**), zazwyczaj układające się w dość zwarty system. Urojenia wpływają na funkcjonowanie pacjenta, który reaguje na ich treść. Najczęściej mają charakter prześladowczy. Osoba chora może być przekonana, że istnieje jakiś spisek skierowany przeciw niej, jest obserwowana, podsłuchiwana, filmowana itd. W reakcji na tę sytuację pacjent może podejmować różne działania, od skarg do ataków na domniemanych prześladowców. Inne treści urojeniowe to np. urojenia zazdrości, zakochania,

**Tabela 8.23** Kryteria diagnostyczne uporczywych zaburzeń urojeniowych wg ICD-10

- A. Występują urojenia albo zespół powiązanych urojeń, innych niż wymienione jako typowe dla schizofrenii w G1 (1) b lub d dla F20.0–F20.3 (tj. inne niż zupełnie niemożliwe i kulturowo niedostosowane). Typowymi przykładami są: prześladowcze, wielkościowe, hipochondryczne, niewiary lub erotyczne.
- B. Urojenia wymienione w kryterium A występują przez co najmniej trzy miesiące,
- C. Niespełnione ogólne kryteria schizofrenii (F20.0–F20.3).
- D. Niewystępowanie utrwalonych omamów z zakresu jakiegokolwiek zmysłu (natomiast przemijająco lub chwilowo mogą występować omamy słuchowe, lecz nie w postaci wypowiedzi w trzeciej osobie ani w postaci bieżącego komentowania).
- E. Objawy depresyjne (albo epizod depresyjny, F32.-) mogą okresowo występować, pod warunkiem że urojenia utrzymują się w czasie, gdy nie ma zaburzeń nastroju.
- F. Najczęściej stosowane przesłanki wykluczenia. Brak przesłanek do rozpoznania pierwotnych lub wtórnych zaburzeń organicznych wymienionych w F00–F09, a także zaburzeń psychotycznych spowodowanych użyciem substancji psychoaktywnych (F1.x5).

W miarę potrzeby można wyodrębnić następujące postaci: prześladowczą, piniaczą, odnoszącą, wielkościową, hipochondryczną (somatyczną), niewiary, erotyczną.

hipochondryczne. W obrazie klinicznym charakterystyczne jest to, że wysycenie emocjonalne chorych jest zawsze syntymiczne do wypowiedzanych treści.

Objawy urojeniowe mogą być tak nieznacznie nasilone, że nie zaburzą ogólnego funkcjonowania pacjentów. Mogą oni czuć się prześladowani (przez władzę czy policję, piszą liczne skargi do przeróżnych urzędów), a jednocześnie pracują, prowadzą życie rodzinne. Urojenia mogą być jednak tak bardzo nasilone, że zmieniają życie chorego, prowadząc do konfliktów z prawem.

### Rozpowszechnienie

Objawy zaczynają się zwykle w późniejszym wieku (w 40., 50. r.ż.), trwają kilka lat. Pacjenci są z reguły bardzo niechętnie nastawieni do leczenia, zgodnie z przekonaniem o prawdziwości i słuszności swoich przekonań. Do rozwoju tego zaburzenia predysponują cechy osobowości paranoicznej. Dostępne badania nie wykazują dokładnego rozpowszechnienia tego zaburzenia. Można je ocenić na **0,05%**.

### Leczenie

W leczeniu stosuje się leki przeciwpsychotyczne I i II generacji. Leczenie jest przewlekłe, a jego efekt terapeutyczny niewielki. Ze względu na problemy ze współpracą ze strony pacjenta w kontynuowaniu leczenia zaleca się stosowanie leków przeciwpsychotycznych o przedłużonym działaniu, najczęściej I generacji.

**Tabela 8.24** Zaburzenia urojeniowe w DSM-5

- A. Obecność jednego (lub więcej) urojeń przez 1 miesiąc lub dłużej.
- B. Kryterium A schizofrenii nigdy nie było spełnione.  
**Uwaga:** Omamy, jeśli są obecne, nie są dominujące i wiążą się z tematyką urojeń (np. uczucie bycia zaatakowanym przez robaki związane z urojeniami pasożytniczymi).
- C. Poza wpływem urojenia (urojeń) lub jego konsekwencji funkcjonowanie nie ulega znaczącym ograniczeniom, a zachowanie nie jest wyraźnie dziwne lub dziwaczne.
- D. Jeśli występują epizody manii lub większego zaburzenia depresyjnego, czas ich trwania jest względnie krótki w stosunku do czasu trwania okresów urojeń.
- E. Zakłócenie nie jest spowodowane fizjologicznym działaniem substancji lub innego stanu ogólnomedycznego i nie może być łatwiej wyjaśnione innym zaburzeniem psychicznym, takim jak cielesne zaburzenia dymorficzne lub zaburzenia obsesyjno-kompulsywne.

Typy: erotyczny, wielkościowy, niewierności, prześladowczy, somatyczny, mieszany, nieokreślony.

Zasady leczenia, stosowane leki oraz ich dawkowanie są tożsame z leczeniem przeciwpsychotycznym w schizofrenii. W niektórych przypadkach farmakoterapia powinna być stosowana na stałe. **Leki przeciwpsychotyczne II generacji nie są obecnie refundowane w tym rozpoznaniu.**

## F23 Ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne

### PRZYPADEK

Marcin ma 19 lat. W klasie maturalnej zaczął nadmiernie interesować się religią. Chodził codziennie do kościoła, próbował nawracać rodzinę i kolegów, twierdząc, że wkrótce nastąpi koniec świata. Uciekł z domu, rodzina zawiadomiła policję. Odnalazł się w klasztorze, do którego trafił. Z powodu swojego dziwnego zachowania wzbudził podejrzania zakonników. Pacjent był pobudzony, wykazywał oznaki silnego lęku. Przekonywał, że nieznana siła przekazała mu telepatycznie informacje na temat końca świata. Słyszał głosy boga i szatana. Bezpiecznie czuł się jedynie w kościele. Głosy, które słyszał, nakazywały mu nawracać innych ludzi, co miało zapobiec powszechnej zagładzie. Pacjent wyraził zgodę na hospitalizację.

Po włączeniu leczenia w ciągu dwóch tygodni wystąpiła poprawa, minęły objawy psychotyczne.

### Co to jest?

Heterogenna grupa zaburzeń charakteryzujących się ostrym występowaniem takich objawów psychotycznych, jak urojenia, omamy i inne zaburzenia postrzegania, a także znaczną dezorganizacją dotychczasowego zachowania. Ostry początek definiowany jest jako rozwój wyraźnie nieprawidłowego obrazu klinicznego **w ciągu około dwóch tygodni lub krócej**. W zaburzeniu tym nie mogą występować dowody na podłoże organiczne. Zagubienie i zakłopotanie są częste, lecz dezorientacja co do czasu, miejsca i osoby nie jest na tyle uporczywa ani głęboka, aby możliwe było rozpoznanie organicznie uwarunkowanych zaburzeń świadomości. Całkowity powrót do zdrowia następuje często w ciągu kilku tygodni lub nawet dni. Zaburzenie to może lecz nie musi wiązać się z ostrym stresem, określanym na ogół jako silnie traumatyzujące wydarzenia, które miały miejsce jeden–dwa tygodnie przed wystąpieniem zaburzenia.

### Tabela 8.25 Kryteria diagnostyczne ostrych i przemijających zaburzeń psychiatrycznych wg ICD-10

- G1.** Ostre wystąpienie urojeń, halucynacji, niezrozumiałych albo rozkojarzonych wypowiedzi albo ich kombinacji. Okres od pierwszego pojawienia się jakiegokolwiek z objawów psychiatrycznych do pełnego rozwinięcia się zaburzenia nie powinien przekraczać dwóch tygodni.
- G2.** Jeżeli występują przemijające stany zagubienia, błędnego utożsamiania lub zaburzenia uwagi i koncentracji, to nie spełniają kryteriów zaburzeń przytomności uwarunkowanych organicznie, określonych w kryterium A dla F05.-.
- G3.** Zaburzenie nie spełnia objawowych kryteriów epizodu maniakalnego (F30.-), depresyjnego (F32.-) ani zaburzeń depresyjnych nawracających (F33.-).
- G4.** Nie ma dostatecznych przesłanek pozwalających na stwierdzenie, że ostatnio używane były substancje psychoaktywne w sposób spełniający kryteria intoksykacji (F1x. 0), ryzykownego używania (F1x. 1), uzależnienia (F1x. 2) lub zespołu abstynencyjnego (F1x. 3 lub F1x. 4). Ciągłe, umiarkowane i w zasadzie niezmiennące się używanie alkoholu lub substancji w ilościach albo z częstością, do których osoba jest przyzwyczajona, nie wyklucza zastosowania F23. Należy o tym zdecydować na podstawie oceny klinicznej i wymagań danego projektu badawczego.
- G5.** Najczęściej stosowane przesłanki wykluczenia. Nie mogą występować organiczne zaburzenia psychiatryczne (F00–F09) ani poważne zakłócenia metaboliczne wpływające na ośrodkowy układ nerwowy (nie obejmuje to porodu).

### ! Pamiętaj!

#### Indukowane zaburzenie urojeniowe (F24)

Zaburzenie urojeniowe podzielane przez dwie osoby lub przez więcej osób blisko powiązanych ze sobą emocjonalnie. Zwykle są izolowane od świata zewnętrznego. Tylko jedna z tych osób wykazuje objawy pierwotnego zaburzenia psychiatrycznego. U pozostałych osób urojenia są tylko wzbudzone i zwykle ustępują, gdy osoby te są od siebie oddzielone.

#### *Folie à deux* (paranoja indukowana)

Po raz pierwszy użyli tego terminu Lasègue i Falret w 1987 roku.

Inaczej obłąd udzielony, obłąd zaraźliwy, obłąd zakaźny, psychoza skojarzona lub psychoza indukowana.

Obejmuje różne zespoły, które charakteryzują się tym, że objawy psychiatryczne (szczególnie urojenia paranoiczne) przenoszone są z jednej osoby na inne. W rzadkich przypadkach zaburzenie może obejmować całą rodzinę (*folie à famille*), najczęściej jednak jest to *folie imposée* (osoba z objawami psychozy narzuca swoje urojeniowe przekonania innym).

#### Kryteria diagnostyczne indukowanych zaburzeń urojeniowych

Istotne ogólne podobieństwo objawów do treści psychozy partnera.

Jednoznaczne dowody wskazujące, że partnerzy akceptują, popierają i podzielają wzajemnie swoje urojenia.

Potwierdzenie niezwykle bliskiego związku między partnerami, trwającego przez dłuższy czas (w 90% przypadków są to relacje rodzinne, najczęściej typu siostra – siostra, matka – dziecko).

#### Teoria wyjaśniająca

Identyfikacja jako mechanizm psychologiczny u osoby podatnej na sugestię i podporządkowanej, bierze się też pod uwagę czynniki genetyczne.

U osoby z pierwotną psychozą rozpoznaje się najczęściej schizofrenię, zaburzenia urojeniowe lub afektywne. U osoby z urojeniami indukowanymi również możliwa jest diagnoza schizofrenii lub innych zaburzeń psychiatrycznych.

#### Postępowanie

Oddzielenie dwóch osób, u których występują urojenia (u 40% osób z indukowanymi przekonaniem po separacji objawy ustępują).

Osoby, u których separacja nie dała efektu, wymagają leczenia przeciwpsychotycznego, podobnie jak osoby z pierwotnymi urojeniami (decyduje rozpoznanie).

Pomocna bywa terapia rodzinna, ważne jest społeczne wsparcie.

Objawy psychiatryczne pojawiają się nagle, nasilają się szybko i również w krótkim czasie ustępują (**trwają do dwóch tygodni**, ustępują niekiedy nawet bez leczenia). Występują urojenia (prześladowcze, religijne), ha-



lucynacje lub pseudohalucynacje (słuchowe, wzrokowe i inne), zaburzenia zachowania, czasami dziwaczne zachowanie, pobudzenie, niepokój, lęk o charakterze psychotycznym. Pacjenci czują się osaczeni, są przerażeni, że ktoś lub coś im zagraża („zbliży się koniec świata, potrzeba więcej modlitwy”). Wystąpienie objawów nie może być powiązane z przyjmowaniem środków psychoaktywnych ani organicznym uszkodzeniem mózgu. Zespół objawów nie spełnia kryteriów rozpoznania schizofrenii ani innego zaburzenia psychicznego, jednak dość często okazuje się, że z czasem objawy mogą nawracać. W większości przypadków rozpoznawana jest wówczas schizofrenia. Zaburzenie może wystąpić w następstwie silnego stresu.

### ! Pamiętaj!

W przypadku podejrzenia rozpoznania ostrych przemijających zaburzeń psychotycznych konieczne jest wykonanie badania TK głowy.

Niezbędna jest również konsultacja neurologiczna i psychiatryczna.

## Rozpowszechnienie

Aktualne badania nie podają rozpowszechnienia tego zaburzenia. Pacjenci często bywają hospitalizowani psychiatrycznie i tam z reguły odbywa się leczenie.

## Leczenie

Leczenie jest uzależnione od stanu pacjenta. Jeśli w przebiegu choroby występuje niepokój, pobudzenie, agresja, silny lęk, stosuje się leki przeciwpsychotyczne *i.m.* (np. aripiprazol *i.m.* w dawce 9,75 mg 2–3 amp./d, olanzapinę *i.m.* 10 mg – 2–3 amp./d lub leki I generacji – haloperidol amp. 5 mg – 2–3/d, zyklopiksol 50 mg 1 amp. *i.m.* co 48 godzin). Dodatkowo benzodiazepiny (diazepam, klorazepat *i.m.*), podobnie jak w leczeniu ostrego epizodu schizofrenii.

Jeśli nie jest potrzebne leczenie *i.m.*, stosuje się leki przeciwpsychotyczne *p.o.* w dużych dawkach, zbliżonych do maksymalnych (risperidon 4–6 mg/d, olanzapinę 10–20 mg/d).

Leczenie należy kontynuować przez kilka miesięcy po ustąpieniu objawów. Stosuje się wówczas leki przeciwpsychotyczne II generacji (risperidon w dawce 2–4 mg/d, olanzapinę 5–10 mg/d). Rzadziej stosuje się leki mające zastosowanie w leczeniu schizofrenii. W tym rozpoznaniu nie są one refundowane. Można również zastosować leki I generacji (haloperidol 5–10 mg/d).

**Tabela 8.26** Krótkotrwałe zaburzenia psychotyczne w DSM-5

- A.** Obecność jednego (lub więcej) spośród wymienionych objawów. Jeden z objawów (1), (2) lub (3) musi występować:
1. Urojenia.
  2. Omamy.
  3. Dezorganizacja mowy (np. częste ześlizgiwanie się lub niespójność).
  4. Zachowanie rażąco zdeorganizowane lub katatoniczne.

**Uwaga:** Nie należy uwzględniać objawów, które są reakcjami uzasadnionymi kulturowo.

- B.** Czas trwania epizodu zakłóceń wynosi co najmniej dzień, lecz mniej niż miesiąc, z ostatecznie pełnym powrotem do przedchorobowego poziomu funkcjonowania.

- C.** Zakłócenia nie można lepiej wyjaśnić występowaniem Większego zaburzenia depresyjnego lub zaburzenia (afektywnego) dwubiegunowego z objawami psychotycznymi lub innego zaburzenia psychotycznego, takiego jak schizofrenia lub katatonja, i nie jest ono spowodowane fizjologicznym działaniem substancji (np. substancji nadużywanej, przyjmowanego leku) albo stanem ogólnomedycznym.

## F25 Zaburzenia schizoafektywne

### Co to jest?

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

**Ramka 8.6** Zaburzenia schizoafektywne wg ICD-10

<b>F25.0</b>	Zaburzenia schizoafektywne, typ maniakałny
<b>F25.1</b>	Zaburzenia schizoafektywne, typ depresyjny
<b>F25.2</b>	Zaburzenia schizoafektywne, typ mieszany

Jest to rzadkie zaburzenie (2–4/100 000), które łączy ze sobą cechy schizofrenii i zaburzeń afektywnych. Według najnowszej wersji amerykańskiej klasyfikacji DSM-5, a także ICD-10, zaburzenie schizoafektywne znajduje się wśród spektrum psychoz schizofrenicznych i jest bliższe schizofrenii niż chorobie afektywnej dwubiegunowej czy depresji.

**Tabela 8.27** Kryteria diagnostyczne zaburzeń schizofrenicznych ICD-10

- G1.** Zaburzenie spełnia kryteria jednego z zaburzeń afektywnych (F30.-, F31.-, F32.-) o umiarkowanym lub ciężkim nasileniu, wg określenia każdej z tych kategorii.
- G2.** Objawy należące do co najmniej jednej z wymienionych poniżej grup występują wyraźnie przez większość czasu w ciągu co najmniej 2 tygodni (są to prawie te same grupy co w przypadku schizofrenii (F20.0–F20.3):
- (1) echo myśli, nasycenie i zabieranie myśli oraz rozgłaszanie (odstąpienie) myśli (kryterium G (1) a dla F20.0–F20.3),
  - (2) urojenia oddziaływania, wpływu lub opanowania wyraźnie odnoszone do ruchów ciała lub kończyn, albo do określonych myśli, działań czy odczuć (kryterium G (1) b dla F20.0–F20.3),
  - (3) głosy omamowe komentujące na bieżąco zachowanie pacjenta albo dyskutujące o pacjencie między sobą, albo innego typu głosy omamowe pochodzące z jakiejś części ciała (kryterium G (1) c dla F20.0–F20.3),
  - (4) utrwalone urojenia innego rodzaju, których treść jest niedostosowana kulturowo i całkowicie niemożliwa, lecz wykracza poza proste treści wyższościowe lub prześladowcze (kryterium G (1) d dla F20.0–F20.3), np.: wizytowanie innych światów, nadzorowanie chmur przez wdychanie i wydychanie, porozumiewanie się z roślinami i zwierzętami bez pośrednictwa mowy,
  - (5) wybitnie niedostosowane lub rozkojarzone wypowiedzi, albo częste używanie neologizmów (nasiloną postacią kryterium G1 (2) b dla F20.0–F20.3),
  - (6) przerywane, lecz częste pojawianie się niektórych form zachowania katatonicznego, takich jak: zastyganie, giętkość woskowa, negatywizm (kryterium G1 (2) c dla F20.0–F20.3).
- G3.** Powyższe kryteria G1 i G2 występują w czasie tego samego epizodu zaburzenia i przynajmniej przez część epizodu – jednocześnie. Objawy zarówno G1, jak i G2 muszą wyróżniać się w obrazie klinicznym.
- G4.** Najczęściej stosowane przesłanki wykluczenia. Zaburzenia nie można traktować jako zaburzenia organicznego (w rozumieniu F00–F09) ani jako zatrucia, uzależnienia czy zespołu odstawienia związanego z substancją psychoaktywną (F10–F19).

Warunkiem postawienia rozpoznania jest występowanie jednocześnie objawów schizofrenii i zaburzeń nastroju (depresji lub manii), a objawy typowe dla schizofrenii (urojenia i omamy) powinny być obecne przez co najmniej **dwie tygodnie** przy braku objawów zaburzeń nastroju. Wyróżnia się **typ dwubiegunowy choroby** i **typ depresyjny**.

### **Pamiętaj!**

Samo występowanie urojeń i halucynacji lub pseudohalucynacji (m.in. słuchowych, w tym urojeń nawet niezgodnych z nastrojem) nie przesądza o rozpoznaniu zaburzenia schizofrenicznego.

W leczeniu stosuje się leki przeciwpsychotyczne II generacji (choć obecnie nie są w tym wskazanym refundowane) i stabilizatory nastroju, rzadziej leki przeciwdepresyjne. Należy pamiętać, że stosowanie leków przeciwdepresyjnych powinno być ograniczone, ponieważ może wywołać objawy psychotyczne lub maniackalne.

### **Pamiętaj!**

Zaburzenie schizofreniczne jest bliższe pojęciowo schizofrenii. Możemy je rozpoznać jedynie wtedy, kiedy bez żadnych wątpliwości możemy stwierdzić, że nie mamy do czynienia ze schizofrenią, chorobą afektywną dwubiegunową czy depresją popsychotyczną.

### **Leczenie**

Leczenie farmakologiczne jest zbliżone do terapii schizofrenii i zaburzenia afektywnego dwubiegunowego. Podstawą leczenia są leki przeciwpsychotyczne I i II generacji (leki II generacji są refundowane wg aktualnych przepisów tylko w rozpoznaniu schizofrenii i choroby afektywnej dwubiegunowej). Opisane wyżej zasady leczenia schizofrenii mają również zastosowanie w leczeniu zaburzenia schizofrenicznego. Zaleca się głównie leki przeciwpsychotyczne II generacji (risperidon 2–6 mg/d, olanzapina 5–20 mg/d, kwetiaapina 200–750 mg/d), niekiedy leki I generacji (pernazyna 200–600 mg/d, zyklopiksol 10–50 mg/d, flupentiksol 1,5–4,5 mg/d). W przypadku braku współpracy należy zastosować leki o przedłużonym działaniu. W tym wypadku, z powodu zasad refundacji, raczej leki I generacji.

Jeśli mamy do czynienia z osobą z typem dwubiegunowym choroby, należy rozważyć dodatkowo stosowanie **stabilizatorów nastroju**: walproinian (900–1200 mg/d) lub lit (750–1250 mg/d), pamiętając o możliwości monitorowania poziomu walproinianu (zakres terapeutyczny 50–100 µg/ml) i konieczności monitorowania poziomu litu (poziom terapeutyczny 0,6–0,9 mEq/l, nie należy przekraczać poziomu 1,2 mEq/l).

**W typie depresyjnym** należy rozważyć stosowanie leków przeciwdepresyjnych, najczęściej z grupy SSRI lub SNRI, lamotryginy (w dawce 200–400 mg/d) w połączeniu z lekiem przeciwpsychotycznym II generacji (olanzapina lub kwetiapina).

## PODSUMOWANIE

**Tabela 8.28** Różnicowanie zaburzeń psychiatrycznych

Różnicowanie zaburzeń psychiatrycznych					
Zaburzenie	Początek	Przebieg	Omamy lub pseudohalucynacje	Urojenia	Cechy charakterystyczne
<b>Ostre przemijające zaburzenia psychiatryczne</b>	Nagły	Zachorowanie – najczęściej – 20–30 lat Krótki czas trwania (miesiąc)	Głównie słuchowe lub wzrokowe	Ostre, różnego typu, z reguły nie tworzą spójnego wzorca Mogą być podobne do schizofrenii	Krótki czas trwania Mogą minąć samistnie
<b>Uporczywe zaburzenia urojeniowe</b>	Rzadko nagły, najczęściej przewlekły, podstępny	Zachorowanie – 40–60 lat Przebieg przewlekły, ciągły (co najmniej <b>3 miesiące</b> )	W typowym przebiegu – rzadko, ale mogą wystąpić – słuchowe (rzadko – konkretne głosy), węchowe, rzadziej wzrokowe	Przewlekłe, tworzące spójny system, najczęściej prześladowcze lub niewiary małżeńskiej	Przewlekłe, uporczywe, wpływają na zachowanie pacjenta, ale mogą nie zaburzać jego ogólnego funkcjonowania
<b>Schizofrenia</b>	Częściej przewlekły, podstępny Rzadziej – nagły	Zachorowanie – 20–30 lat Przebieg przewlekły, nawrotowy z okresami remisji	Najczęściej – słuchowe, „głosy” o charakterze imperatywnym i komentującym (pseudohalucynacje)	Przewlekłe, nie tworzą spójnego systemu, mogą być dziwaczne	Doznania typu: odciąganie myśli, nasycenie myśli, kontrolowanie, oddziaływanie Objawy negatywne
<b>Zaburzenie schizoafektywne</b>	Częściej przewlekły	Zachorowanie – 30–40 lat Przebieg przewlekły, nawrotowy z okresami remisji, rokowanie nieco lepsze niż w schizofrenii	Najczęściej słuchowe, „głosy” jw.	Przewlekłe, mogą mieć charakter wielkościowych i/lub depresyjnych	Wyraźne epizody zaburzeń nastroju, w trakcie których występują objawy typowe dla schizofrenii (jw.)
<b>Zaburzenie schizotypowe</b>	Przewlekły	Zachorowanie – 20–30 lat	Przelotne, niesprecyzowane, niekonkretne, quasi-psychotyczne	Przelotne nastawienie urojeniowe, nie osiąga nasilenia i walorów typowych urojeń	Ekscentryczne, dziwaczne zachowanie, brak nasilenia objawów typowych dla schizofrenii

**Tabela 8.28** Różnicowanie zaburzeń psychotycznych – *cd.*

Różnicowanie zaburzeń psychotycznych					
Zaburzenie	Początek	Przebieg	Omamy lub pseudohalucynacje	Urojenia	Cechy charakterystyczne
<b>Halucynozja alkoholowa</b>	Bywa ostry Częściej – podstępny W obu przypadkach wyraźny związek z nadużywaniem alkoholu	Typ ostry Typ przewlekły	Najczęściej słuchowe	Zazwyczaj o typie prześladowczym	Omamy słuchowe – „głosy” często są związane z pićm alkoholu, np. „chodź się napić” Brak urojeń i doznań typowych dla schizofrenii
<b>Zaburzenia psychotyczne związane z przyjmowaniem substancji</b>	Bywa ostry (wyraźnie związany z przyjmowaną substancją) Przewlekły – związek z substancją może nie być wyraźny Pacjent może nie przyjmować substancji od dłuższego czasu	Typ ostry Typ przewlekły	Słuchowe, bywają też wzrokowe i np. dotykowe (uczucie robaków chodzących po skórze lub pod nią)	Zazwyczaj o typie prześladowczym	Typ ostry – związany z silnym pobudzeniem, agresją, objawami somatycznymi Typ przewlekły – brak urojeń i doznań typowych dla schizofrenii

**Tabela 8.29** Zaburzenia należące do spektrum schizofrenii i inne zaburzenia psychotyczne w DSM-5

Zaburzenia schizotypowe (osobowość schizotypowa)

Zaburzenia urojeniowe

Krótkotrwałe zaburzenia psychotyczne

Zaburzenia pod postacią schizofrenii (schizofrenoformiczne)

Schizofrenia

Zaburzenia schizoafektywne

Zaburzenia psychotyczne wywołane substancją/lekiem

Zaburzenia schizoafektywne spowodowane innym stanem ogólnomedycznym

Katatonja związana z innymi zaburzeniami psychicznymi

Inne określone zaburzenia ze spektrum schizofrenii i inne zaburzenia psychotyczne

**Tabela 8.30** Schizofrenia i inne pierwotne zaburzenia psychotyczne w ICD-11

W tym rozdziale uwzględniono następujące kategorie znane z ICD-10: „Schizofrenia”, „Zaburzenia schizoafektywne”, „Zaburzenie schizotypowe”, „Ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne” i „Uporczywe zaburzenia urojeniowe”. Zaznaczono w nim również przejście do „Wtórnych objawów psychotycznych”. W rozdziale pojawi się wiele zmian w porównaniu z poprzednimi kategoriami ICD-10, których celem jest poprawa przejrzystości diagnostycznej i użyteczności kategorii zaburzeń psychicznych zawartych w tej grupie.

W przypadku np. schizofrenii pominięto podtypy z ICD-10, takie jak „paranoidalny”, „hebefreniczny” i „katatoniczny”, a także zmniejszono znaczenie objawów pierwszorzędowych, ponieważ nie było wystarczających dowodów na ich kliniczną użyteczność i stabilność z upływem czasu.

Aby nadal można było kodować różne typy kliniczne schizofrenii, wprowadzono nowe specyfikatory dla pierwotnych zaburzeń psychotycznych. Zawierają one specyfikatory objawów pozytywnych, objawów negatywnych, depresji, manii, objawów psychomotorycznych oraz objawów poznawczych. Wprowadzono również nowe specyfikatory przebiegu, które pozwalają na różnicowanie między pierwszymi i kolejnymi epizodami pierwotnych zaburzeń psychotycznych oraz chronicznymi (nieepizodycznymi) typami przebiegu. Wśród ostrych epizodów możliwe będzie różnicowanie między stanami ostrymi pełnoobjawowymi, stanami częściowej remisji i pełnej remisji.

Inne istotne zmiany obejmują redefinicję **zaburzenia schizoafektywnego** jako czasowego (równoczesnego) współwystępowania schizofrenii i zaburzenia nastroju. Mają one na celu poprawę przejrzystości koncepcji i wykluczenie z tej grupy diagnostycznej przypadków, jeśli wykażą one naprzemiennie kolejne oznaki schizofrenii i epizodów zaburzeń nastroju, bez wyraźnego klinicznego nałożenia w czasie.

Kolejną zmianą jest ulepszony sposób określenia ostrych i krótkotrwałych zaburzeń psychotycznych, z objawami lub bez objawów schizofrenii, w celu uzyskania wyraźniejszego klinicznego rozróżnienia ostrego i przejściowego typu pierwotnych zaburzeń psychotycznych bez klinicznych objawów schizofrenii, w porównaniu z obrazem klinicznym ostrych objawów schizofrenii.

# PSYCHIATRIA

Podręcznik do Lekarskiego Egzaminu Końcowego rekomendowany przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz Konsultanta Krajowego w dziedzinie Psychiatrii

„Studenci kierunku lekarskiego, przygotowując się do Lekarskiego Egzaminu Końcowego, muszą opanować wiedzę z kilku podstawowych specjalności medycznych, w tym psychiatrii. Ułatwiając im to zadanie poprzez zaproponowanie klarownego w treści i w atrakcyjnej szacie graficznej podręcznika zyskujemy jednocześnie lekarzy, którzy wiedzę z zakresu psychiatrii zachowają na całe swoje życie zawodowe. [...]”

Jestem przekonana, że książka *Psychiatria* autorstwa prof. Piotra Gałęckiego i prof. Agaty Szulc spotka się z bardzo dobrym odbiorem zarówno studentów, jak i lekarzy także innych niż psychiatria specjalności. Ci ostatni będą mogli po nią sięgnąć, chcąc przypomnieć sobie zagadnienia z kręgu zaburzeń zdrowia psychicznego spotykane często u pacjentów na co dzień”.

*Z recenzji prof. dr hab. Joanny Rymaszewskiej  
– Kierownika Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu*

„Jest to książka niezwykła, stworzona przez parę wybitnych nauczycieli akademickich, naukowców, ale przede wszystkim lekarzy praktyków. Jej wyjątkowość wyraża się zarówno w graficznej formie prezentowanych zagadnień (nietyposwej na polskim rynku wydawniczym), jak i w języku, jakim została napisana. Jego przystępność i przejrzystość są cechami, które niewątpliwie ułatwią studentom zrozumienie zawitości powiązanych z funkcjonowaniem ludzkiej psychiki”.

*Z recenzji prof. dr hab. Jerzego Samochowca  
– Kierownika Katedry i Kliniki Psychiatrii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego*

---

Nowoczesny i aktualny podręcznik napisany przez prof. dr. hab. Piotra Gałęckiego oraz prof. dr. hab. Agatę Szulc – znakomitych specjalistów z dziedziny psychiatrii, doświadczonych praktyków i nauczycieli akademickich.

Uwzględniono w nim najnowsze kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5 oraz klasyfikację ICD-10 funkcjonującą w Polsce, metody rozpoznawania i leczenia zaburzeń, a także etapy badania psychiatrycznego, zagadnienia z zakresu psychopatologii, budowy i funkcjonowania układu nerwowego, opisy przypadków klinicznych, aktualny stan prawny.

Uzupełnieniem jest bank pytań testowych z wyjaśnieniem prawidłowej odpowiedzi.