

Leksykon

schizofrenii



Marek Jarema

Leksykon schizofrenii

Leksykon schizofrenii

Marek Jarema

termedia
wydawnictwa
m e d y c z n e

Leksykon schizofrenii

Marek Jarema

© Copyright by Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2010

terMedia
wydawnictwa
medyczne

Wszystkie prawa zastrzeżone

Żaden z fragmentów tej książki nie może być publikowany w jakiegokolwiek formie bez wcześniejszej pisemnej zgody wydawcy. Dotyczy to także fotokopii i mikrofilmów oraz rozpowszechniania za pośrednictwem nośników elektronicznych.

Termedia Wydawnictwa Medyczne
ul. Wenedów 9/1
61-614 Poznań
tel./faks +48 61 822 77 81
e-mail: termedia@termedia.pl
<http://www.termedia.pl>

Termedia Wydawnictwa Medyczne
Poznań 2010
Wydanie I

projekt okładki: Olga Reszelska
skład i łamanie: studio graficzne TERMEDIA
druk: Zakład Poligraficzny Moś i Łuczak sp.j.

ISBN: 978-83-62138-34-0

Wydawca dołożył wszelkich starań, aby cytowane w podręczniku nazwy leków, ich dawki oraz inne informacje były prawidłowe. Wydawca ani autor nie ponoszą odpowiedzialności za konsekwencje wykorzystania informacji zawartych w niniejszej publikacji. Każdy produkt, o którym mowa w książce, powinien być stosowany zgodnie z odpowiednimi informacjami podanymi przez producenta. Ostateczną odpowiedzialność ponosi lekarz prowadzący.

Ilustracja na okładce pochodzi ze zbiorów CORBIS.

Przedmowa

Oddajemy do rąk Czytelników „Leksykon schizofrenii”, który jest zbiorem haseł najczęściej wymienianych w kontekście schizofrenii: opieki nad chorymi, rozpoznawania i leczenia tej choroby. Z racji swego charakteru, leksykon ma za zadanie w sposób niezwykle skrótowy wyjaśnić najbardziej istotne pojęcia dotyczące diagnostyki i leczenia oraz postępowania z chorym na schizofrenię. Z tego powodu nie można traktować go jak podręcznika, nie aspiruje on do takiej roli i nie zawiera wszelkich niezbędnych informacji dotyczących schizofrenii. Czytelnik, który zechce dogłębnie zapoznać się z poruszaną problematyką, powinien sięgnąć po opracowania podręcznikowe.

Zbiór haseł leksykonu został wybrany arbitralnie. Część haseł opracowano w miarę szeroko, podczas gdy inne nieco skrótowo i pobieżnie. Celem opracowania tej pozycji było podanie maksymalnie skondensowanych informacji o najbardziej istotnych problemach dotyczących głównie diagnostyki i leczenia schizofrenii, dlatego mało miejsca poświęcono rozważaniom teoretycznym. Leksykon był tworzony z pozycji lekarza praktyka i właśnie do lekarzy praktyków jest adresowany. Stąd widoczny – niekiedy – akademicki ton podawanych informacji oraz ograniczenia w cytowaniu piśmiennictwa.

Jeżeli Czytelnicy znajdą w „Leksykonie schizofrenii” informacje istotne dla ich codziennej pracy z chorymi, będzie to oznaczało, że spełnił on pokładane przy jego tworzeniu nadzieje. Zapraszam do lektury.

Marek Jarema
Warszawa, 31 maja 2010 r.

A

abulia – inaczej bezwola, zaburzenie sfery popędowej dotyczące zmniejszenia potrzeby aktywności złożonej. Przejawia się zniechęceniem do podejmowania jakichkolwiek działań, zanikiem inicjatywy, potrzeby wykonywania czynności. Może mieć różne nasilenie: od zniechęcenia do zupełnego zaniku woli, i prowadzić do zaniedbania obowiązków zawodowych, rodzinnych, zaprzestania dbania o podstawowe potrzeby. Wymaga różnicowania m.in. ze spowolnieniem psychoruchowym, apatią, zaburzeniami świadomości, zaburzeniami funkcji poznawczych i nastroju. Występuje w zaburzeniach organicznych (np. przy uszkodzeniu mózgu, głównie płatów czołowych), schizofrenii, depresji, autyzmie i wielu innych schorzeniach. Może być przejawem uszkodzenia spowodowanego czynnikami zewnętrznymi, np. zatruciami, nadużywaniem substancji psychoaktywnych itp.

agranulocytoza (granulocytopenia) polekowa – zmniejszenie liczby białych ciałek krwi – granulocytów – do wartości $\leq 500/\text{cm}^3$. Zmniejszenie tej liczby do wartości od 500 do $1500/\text{cm}^3$ określa się jako granulocytopenię. Oba zaburzenia są następstwem stosowania leków psychotropowych, m.in. niektórych leków przeciwpsychotycznych lub przeciwdrgawkowych, a także innych leków, np. antybiotyków, cytostatyków, leków stosowanych w leczeniu schorzeń tarczycy, niesteroidowych leków przeciwzapalnych. Stwierdzenie zmniejszenia liczby granulocytów wymaga (po weryfikacji wyniku – najczęściej – przez badanie powtórne) rewizji postępowania terapeutycznego (redukcja dawki, zmiana leku). W psychiatrii występuje najczęściej w czasie leczenia klozapiną, dlatego wymagane jest monitorowanie obrazu krwi przez pierwsze 18 tygodni co tydzień, a następnie co miesiąc.

agresja – zachowanie zagrażające, skierowane najczęściej na zewnątrz (wobec innych osób lub przedmiotów), rzadziej wobec własnej osoby (→ autoagresja). Może być spowodowane czynnikami natury psychologicznej (reakcja na zagrożenie, stres, frustrację) jako przejaw prymitywnego mechanizmu obronnego. W psychiatrii konieczne jest przede wszystkim ustalenie, czy zachowania agresywne mają tło chorobowe, tzn. wynikają z przyczyn patologicznych, np. objawów psychotycznych, lęku, czy utraty kontroli impulsów. Mylne jest utożsamianie choroby psychicznej z agresywnym zachowaniem chorych, chociaż takie zachowanie bywa często uważane za synonim choroby psychicznej. Agresja chorych psychicznie jest jedną z głównych przyczyn ich stygmatyzacji. Przez opinię publiczną chorzy psychicznie są więc uznawani za osoby niebezpieczne i – co za tym idzie – wymagające izolowania oraz spychania na margines życia społecznego. Mylne jest też przekonanie, że cechująca rzekomo wszystkich chorych psychicznie agresywność jest powodem, dla którego popełniają oni czyny przestępcze, szczególnie drastyczne. Zachowania agresywne u chorych z zaburzeniami psychicznymi, jakkolwiek nieczęste, wymagają odpowiednich metod postępowania: najczęściej ulegają korekcji pod wpływem przekonywania i perswazji. Niekiedy wymagają zastosowania doraźnie

leków uspokajających (np. z grupy pochodnych benzodiazepin) albo leków przeciwpsychotycznych; leki te często bywają podawane parenteralnie. Zachowania agresywne, np. niszczenie przedmiotów, agresja fizyczna wobec innych osób, są przestanką do zastosowania → przymusu bezpośredniego.

akatyzya – objaw ubocznego działania leków, przede wszystkim przeciwpsychotycznych. Uważa się, że akatyzya jest spowodowana wpływem leków na przekąźniczo dopaminergiczne i cholinergiczne, jakkolwiek w jej patogenezie dopatruje się także roli innych układów neuroprzekąźnictwa – serotoninergetycznego. Rzadziej występuje w czasie leczenia przeciwdepresyjnego (np. lekami z grupy SSRI – fluoksetyną). Przejawia się poczuciem dyskomfortu (niepokojem) w mięśniach, głównie kończyn, co zmusza chorego do ciągłego wykonywania drobnych ruchów kończynami (np. dreptanie w miejscu, tupanie, stała zmiana pozycji, przenoszenie ciężaru z nogi na nogę, niepokój manipulacyjny rąk). Chorzy często kręcą się i wiercą na krześle, jakby szukali idealnej pozycji, albo spacerują drobnymi krokami. Gdy usiłują usiąść w spokoju, zaraz muszą znowu zmienić pozycję. W celu rozpoznania akatyzy, oprócz widocznych przejawów niepokojem ruchowego, konieczne jest subiektywne poczucie dyskomfortu zgłaszane przez chorego. Nasilenie akatyzy mierzy się najczęściej za pomocą Skali akatyzy Barnesa (*Barnes Akathisia Rating Scale*) składającej się z 4 punktów: obiektywnych objawów, subiektywnych skarg, poczucia dyskomfortu oraz ogólnej oceny akatyzy. Akatyzyę należy różnicować z niepokojem, lękiem, pobudzeniem psychoruchowym i objawami parkinsonizmu. Ponieważ akatyzya jest bardzo przykrą dolegliwością, należy dążyć do jej złagodzenia, głównie poprzez powolne zmniejszanie dawki leku, ewentualnie dodatnie leków z grupy pochodnych benzodiazepiny (np. diazepam) albo leków blokujących receptor β (np. propranolol). Czasami konieczna jest zmiana leczenia.

alogia – ubóstwo mowy, jeden z objawów negatywnych schizofrenii. Wprawdzie alogia to dokładnie „brak logiki”, jednak termin ten stosuje się do sytuacji, kiedy przekaz słowny (mowa) nie zawiera wystarczających treści do poznania myśli chorego. W praktyce najczęściej zauważamy, że „z wypowiedzi nic nie wynika”. Ubóstwo może dotyczyć zarówno zasobu słów, jak i (częściej) treści. Mimo że chorzy odpowiadają na zadawane pytania i najczęściej są to odpowiedzi na temat, to jednak przekazywane treści są tak ubogie, że nie dostarczają żadnych istotnych informacji. Alogia idzie najczęściej w parze z innymi objawami negatywnymi, takimi jak np. upośledzenie myślenia abstrakcyjnego. Należy odróżnić alogię od zaburzeń mowy (afazji) oraz rozkojarzenia czy inkoherencji. Powinno się także wykluczyć zaburzenia świadomości, w tym przede wszystkim somnolencję. W rozpoznaniu różnicowym trzeba brać pod uwagę także spowolnienie psychoruchowe lub mutyzm.

ambisentencja – jeden z klasycznych objawów schizofrenii według Bleulera. Oznacza współistnienie u chorego na schizofrenię sprzecznych sądów. Przez przywiązanych do tradycji psychiatrów objaw ten uważany jest za klasyczny przejaw rozpadu struktury osobowości (→ rozszczepienie osobowości).

ambitendencja – jeden z klasycznych objawów schizofrenii według Bleulera. Oznacza współistnienie u chorego na schizofrenię sprzecznych dążeń. Przez przywiązanych do tradycji psychiatrów objaw ten uważany jest za klasyczny przejaw rozpadu struktury osobowości (→ rozszczepienie osobowości).

ambiwalencja – jeden z klasycznych objawów schizofrenii według Bleulera. Oznacza współistnienie u chorego na schizofrenię sprzecznych uczuć. Przez przywiązanych do tradycji psychiatrów objaw ten uważany jest za klasyczny przejaw rozpadu struktury (→ rozszczepienia osobowości).

amisulpryd (lek przeciwpsychotyczny) – → lek przeciwpsychotyczny II generacji (tzw. atypowy) o silnym powinowactwie do receptorów dopaminergicznych, uważany za jeden z najbardziej selektywnych leków przeciwpsychotycznych II generacji. Małe dawki amisulprydu blokują receptory presynaptyczne, duże – postsynaptyczne, głównie D_2 i D_3 . Ten mechanizm działania sprawia, że lek może być skuteczny w różnych dawkach: w mniejszych (do 400 mg dziennie) używany jest do leczenia objawów negatywnych i afektywnych schizofrenii, a więc ma działanie „aktywizujące”, w większych (do 800 mg dziennie) działa głównie na objawy pozytywne. Jego stosowanie powoduje stosunkowo niewiele działań ubocznych. Spośród nich można wymienić zaburzenia snu (bezsenność lub senność), zaparcia i nudności. Czasami powoduje zwiększenie stężenia prolaktyny i kliniczne objawy → hiperprolaktynemii polekowej.

anergia – inaczej brak energii, objaw występujący zarówno w schizofrenii, jak i w innych zaburzeniach, np. w organicznych zaburzeniach psychicznych, zaburzeniach nastroju, nerwicowych itp., jest więc objawem mało charakterystycznym. Chorzy skarżą się na trudności w podejmowaniu działań, zniechęcenie do wszelkiej aktywności. Przejawia się to nie tylko w rodzaju skarg, ale w zachowaniu chorego (zaniedbanie, brak troski o podstawowe potrzeby, brak dbałości o higienę). Może być związane z tłumiącym (sedującym) działaniem niektórych leków, np. przeciwpsychotycznych (→ sedacja polekowa).

anhedonia – nieodczuwanie przyjemności z czynności, które zwykle taką przyjemność dają lub dawały. Trzeba pamiętać, że dotyczy to czynności, które bez obecności anhedonii sprawiałby choremu przyjemność, lub w ogólnym odczuciu uważane są za czynności przyjemne. Punktem odniesienia powinna być więc sytuacja chorego, a nie przekonanie badającego, co powinno być uważane za przyjemne. Anegdotycznie, jedni za przyjemne mogą uważać skakanie na bungee, a inni zakupy w hipermarkecie. Chorzy zgłaszają poczucie zubożenia wobec wszelkich czyn-

ności związanych dotychczas z przyjemnością, np. wobec hobby, zainteresowań. Zwykle skarżą się, że nie smakują im nawet ulubione potrawy, nie cieszy obcowanie z bliskimi, nie potrafią się rozerwać (np. nie cieszy ich książka czy film), nie czerpią przyjemności z seksu. Anhedonia nie jest charakterystyczna dla schizofrenii, jakkolwiek uważana za jeden z objawów negatywnych. Występuje przede wszystkim w depresji, → zainteresowań spadek.

apatia – inaczej zniechęcenie, niechętnie zobojętnienie, czyli brak potrzeby podejmowania jakichkolwiek działań, nawet ważnych życiowo. Bardzo często wiąże się z abulią, stąd określenie „zespół apatyczno-abuliczny”. Tylko pozornie te dwa pojęcia są tożsame. Apatia odnosi się bardziej do sfery życia emocjonalnego człowieka, podczas gdy abulia – do sfery wolicjonalnej. Nie można jednak utożsamiać apatii ze zobojętnieniem emocjonalnym, jakie jest podstawą afektu → bladeo. Apatia jako objaw chorobowy cechuje przede wszystkim chorych na depresję, ale także na schizofrenię czy organiczne zaburzenia psychiczne. Może występować także w stanach niechorobowych, np. po silnych przeżyciach emocjonalnych, czy w przebiegu ciężkich schorzeń somatycznych. Przejawem apatii jest zobojętnienie wobec wielu czynności, od błahych (np. unikanie spotkań ze znajomymi) do poważnych (brak dbałości o podstawowe potrzeby życiowe), za czym idzie częste ich zaniechanie.

aripiprazol (lek przeciwpsychotyczny) – → lek przeciwpsychotyczny II generacji (tzw. atypowy) o unikalnym profilu działania farmakologicznego: jest częściowym agonistą receptorów D_2 i $5HT_{1A}$, a także antagonistą receptora $5HT_2$. Sprawia to, że oprócz działania przeciwpsychotycznego (wobec objawów pozytywnych i negatywnych) wykazuje również działanie aktywizujące chorych na schizofrenię. Oprócz schizofrenii, wykorzystywany bywa też w leczeniu zespołów maniakalnych w chorobie afektywnej dwubiegunowej. Stosowany jest w dawkach od 15 do 30 mg dziennie, podawanych najczęściej jednorazowo. Do objawów ubocznych działania leku zalicza się bezsenność, zawroty głowy i dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. Ponieważ aripiprazol nie ma działania sedującego, przy zmianie leczenia z leku o profilu wyraźnie uspokajającym (np. z olanzapiny na aripiprazol) należy liczyć się z możliwością wystąpienia przejściowo niepokoju czy trudności ze snem. Nie jest to przejawem nieskuteczności aripiprazolu, może natomiast wymagać wolnego zmniejszania dawki leku sedującego albo dodania leku uspokajającego, np. pochodnej benzodiazepiny. Aripiprazol uważany jest za lek przeciwpsychotyczny o bardzo niskim potencjale powodowania przyrostu masy ciała chorych, dlatego bywa stosowany u tych chorych, u których stosowanie innych leków wiąże się z istotnym klinicznie przyrostem masy ciała, oraz u chorych z ryzykiem wystąpienia zespołu metabolicznego.

asenapina (lek przeciwpsychotyczny) – → lek przeciwpsychotyczny II generacji (tzw. atypowy) o szerokim profilu receptorowym, wykazujący powinowactwo do szeregu różnych receptorów: D_2 , D_3 , $5HT_{2A}$, $5HT_{2C}$, $5HT_6$, $5HT_7$, antagonistą receptorów

α_{2A} - i α_{2B} -adrenergicznych, dopaminergicznych, o słabym powinowactwie do receptorów histaminergicznych H_1 , bez istotnego wiązania z receptorami muskarynowymi. Istnieje wiele możliwości stosowania asenapiny, głównie w leczeniu różnych objawów schizofrenii. Podkreśla się jej wpływ na objawy negatywne oraz na funkcje poznawcze chorych na schizofrenię. Asenapina stosowana jest w dawce 10–20 mg dziennie w postaci tabletek podjęzykowych. Wśród objawów ubocznych wymienia się akatyję, senność lub bezsenność, nudności, zawroty głowy i niepokój.

asocjacji zaburzenia – dosłownie zaburzenia kojarzenia, w praktyce oznacza przede wszystkim rozluźnienie skojarzeń. Objaw typowy dla schizofrenii, należący do tzw. 4A według → Bleulera (obok objawów → ambi, → autyzmu i afektu tępego, czyli afektu → bladego). Przejawia się głównie w → rozkojarzeniu, czyli braku logicznego związku między poszczególnymi słowami czy zdaniami. Stan ten nie może być przejawem ani zaburzeń świadomości, ani obniżonej sprawności intelektualnej chorego. Chory kieruje się własną dyscypliną myślową, trudną do zrozumienia dla osoby postronnej, ale trafną z punktu widzenia chorego.

aspontaniczna mowa – mowa urywana, wypowiedzi chorego są inicjowane głównie przez badającego, chory samorzutnie (spontanicznie) się nie wypowiada. Najczęściej związana z → alogią, czyli ubóstwem mowy. Bardzo utrudnia badanie, gdyż chory ani nie inicjuje wypowiedzi, ani nie udziela pełnych wyjaśnień. Badający musi stale prosić chorego, aby wypowiedział się szerzej, aby powiedział coś więcej niż zwykle „tak” lub „nie”. Cechy pozornie spontanicznej mowy występują czasami podczas nieumiejętnie prowadzonego wywiadu, polegającego na zadawaniu prostych pytań, na które chory może odpowiedzieć twierdząco lub przecząco. Dlatego zaleca się tak formułować pytania pod adresem chorego, aby odpowiedź wymagała bardziej rozwiniętych treści niż „tak” lub „nie”, ewentualnie „nie wiem”. Mowa spontaniczna występuje w schizofrenii, ale także w depresji czy organicznych zaburzeniach psychicznych. Oczywiście, stan ten trzeba różnicować z zaburzeniami świadomości czy upośledzeniem funkcji poznawczych, ewentualnie działaniem substancji psychoaktywnych.

autoagresja – → agresja wobec własnej osoby. Przejawia się najczęściej w samooka-
leczeniach lub innych czynnościach mających na celu zadanie sobie bólu lub uszkodzenie jakiegokolwiek narządu ciała. Nie jest cechą charakterystyczną dla chorych na schizofrenię, występuje najczęściej w zaburzeniach osobowości, u osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, w organicznych zaburzeniach psychicznych oraz u osób upośledzonych umysłowo. Jeżeli wystąpi w schizofrenii, wynika najczęściej z objawów psychotycznych, np. omamów i urojeń, a wówczas może przyjąć niezwykle drastyczne formy, np. rozcięcia powłok brzusznych w celu usunięcia „robaków” albo „chipa” (→ omamy cenestetyczne). Skutkiem → dysmorfofobii mogą być akty autoagresji w postaci amputacji części ciała bądź celowe deformacje zmierzające do usunięcia wyimaginowanej wady fizycznej.

autoanamneza → badanie chorego na schizofrenię.

automatyzm psychiczny – zjawisko leżące u podłoża wielu objawów psychopatologicznych (np. → omamów, → nasyłania myśli), a przejawiające się pojawianiem patologicznych czynności psychicznych bez woli chorego (a więc „automatycznie”). Czasami chory przyznaje, że objawy te występują niezależnie od jego woli, ale najczęściej chory na schizofrenię nie potrafi krytycznie odnieść się do przejawów automatyzmu psychicznego, a nawet asymiluje jego przejawy (→ krytycyzm chorobowy).

autyzm – jeden z podstawowych objawów schizofrenii, należący do tzw. 4A (→ asocjacji zaburzenia). Przejawia się zamknięciem się w sobie, skupieniem się chorego na wewnętrznych przeżyciach, co wiąże się z negowaniem świata zewnętrznego (→ dereizm). Chory traci kontakt z otoczeniem, nie jest zainteresowany tym, co się wokół niego dzieje. Najczęściej przejawia się to cechami określanymi jako → załamanie linii życiowej: chory wypada z roli społecznej (np. ucznia, rodzica, pracownika), zamyka się w sobie, żyje w świecie wewnętrznym, do którego nikt nie ma dostępu. Przejawia się to w izolowaniu się od innych, w → stereotypowych zachowaniach, w wyraźnej odmienności postępowania w porównaniu z grupą rówieśniczą, w zmianie lub utracie zainteresowań, ochłodzeniu relacji emocjonalnych z innymi. Autyzm dziecięcy to osobna kategoria diagnostyczna w grupie całościowych zaburzeń rozwojowych.

awolicja – inaczej brak woli, zaburzenie dotyczące braku potrzeby podejmowania działań, braku świadomego dążenia do realizacji jakichkolwiek celów życiowych, przejawiające się w utrudnieniu lub wręcz niemożności inicjowania i kontynuowania jakichkolwiek działań. Od zaburzeń napędu psychoruchowego (→ spowolnienia psychoruchowego) różni się tym, że awolicja oznacza brak woli, potrzeby, podczas gdy spowolnienie dotyczy sfery wykonawczej działań ludzkich. Oprócz schizofrenii, awolicja występuje także w organicznych zaburzeniach psychicznych oraz w uzależnieniu od substancji psychoaktywnych.

Leksykon schizofrenii



Profesor dr hab. med. Marek Jarema ukończył Wydział Lekarski Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie w 1970 r. Z wykształcenia jest lekarzem neurologiem, specjalistą psychiatrą. Stopień doktora nauk medycznych uzyskał w 1974 r., a doktora habilitowanego w 1986 r. w Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie. W 1994 r. z rąk Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej otrzymał tytuł profesora. Pracował jako adiunkt, a następnie docent i kierownik Pracowni Psychopatologii w Katedrze Psychiatrii PAM w Szczecinie. Od 1993 r. jest kierownikiem III Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Pełni także funkcję konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii. Od czasu studiów medycznych interesował się pracą naukową, głównie diagnostyką i leczeniem psychoz. Odbył dłuższe staże naukowe za granicą, m.in. w Austrii (1979 r.), USA (1986–1987) oraz we Włoszech (1990–1993). Opublikował blisko 300 prac naukowych (artykułów, rozdziałów w książkach oraz monografiach), głównie z dziedziny psychiatrii biologicznej, w tym szczególnie schizofrenii. Autor pierwszych polskich monografiich dotyczących pierwszego epizodu schizofrenii. Redaktor trzech czasopism naukowych oraz członek rad naukowych sześciu czasopism naukowych.

terMedia
wydawnictwa
medyczne

www.termedia.pl

ISBN: 978-83-62138-34-0