



7 Schizofrenia ICD-10 V F 20-29

Termin schizofrenia składa się z greckiego słowa skizo (split) i phren (mind). Na początku tego wieku, jak już wspomniał Bondy, schizofrenia została zdefiniowana przez szwajcarskiego psychiatrę Eugena Bleulera dla grupy chorób, w której uderza niezgoda myśli i uczuć (Bondy B, 2008).

Jak już wspomniał Andrawis, Kraepelin zdefiniował pojawienie się tej choroby już w 1898 roku pod nazwą "demencja praecox" (przedwczesna demencja). W 1911 roku Bleuler sformułował termin "schizofrenia" (podział świadomości) dla tej endogennej psychozy, silniej związany z psychogenicznym obrazem przekrojowym. W nowoczesnych systemach klasyfikacji pojęcie schizofrenii zostało zmodyfikowane zgodnie z ICD-10 i DSM-IV w celu osiągnięcia międzynarodowego konsensusu. Uwzględniono w nim nowoczesne ustalenia empiryczne oraz potrzebę operacjonalizacji (Andrawis A, 2018).

Zdefiniowanie

Pojawienie się tej choroby jest zróżnicowane i przejawia się w postaci zaburzeń ego, złudzeń, halucynacji, zaburzeń formalnego myślenia, zaburzeń psychoruchowych i zaburzeń afektywnych. Aby mówić o patologicznym zaburzeniu, kryteria te muszą być spełnione w dłuższym okresie czasu.

Cytat z punktu widzenia pacjenta subiektywnie dotkniętego chorobą, który opisuje, jak czuje się wewnątrz, kiedy cierpi na tę chorobę:

"Dwie dusze żyją, ach w piersi, a ja również mam głos wewnętrzny! ("Co nie pozwala mu spać, co prowadzi go do każdej godziny, to jego inn'rer Schweinehund! (ibid.).

7.1 Epidemiologia

Kogo dotyczy to zaburzenie? Czy można go znaleźć jednakowo wśród wszystkich narodów i klas? Odpowiedź na te pytania daje nam, jak już Bondy opisuje, badania

epidemiologiczne, ponieważ nie tylko zajmuje się liczbami, ale także przyczyną choroby. Istnieją uderzające różnice geograficzne. Na przykład w Weronie we Włoszech wskaźnik zachorowalności wynosił 0,08% rocznie dla 1000 mieszkańców, podczas gdy w Rochester/USA był dziesięciokrotnie wyższy (Andrawis A, 2018).

Ryzyko zachorowania na tę chorobę wynosi 1% dla przeciętnej populacji i jest równe dla kobiet i mężczyzn.

Jak już wspomniał Möller, częstotliwość wybuchu epidemii leży pomiędzy okresem dojrzewania a 30 rokiem życia, przy czym mężczyźni zapadają na tę chorobę nieco wcześniej niż kobiety. Podtyp Hebephrenie przejawia się głównie w okresie dojrzewania, podtyp paranoidallucynatoryjny od 30 roku życia, od 40 roku życia mówi się o schizofrenii późnej. Współczynnik samobójstw w przypadku tej choroby wynosi 10% na całym świecie. (ibid.).

7.2 Etiopatogeneza Schizofrenii

Czynnikami wyzwalającymi mogą być uszkodzenia mózgu lub czynniki psychospołeczne o charakterze społeczno-kulturowym i predyspozycje genetyczne. Na przykład w przypadku krewnych pierwszego stopnia ryzyko choroby, jak wyjaśnił już Möller, wynosi 10%, w przypadku krewnych drugiego stopnia jest to około 5%. Ryzyko wystąpienia tego zaburzenia wzrasta do 40%, jeśli oboje rodzice są dotknięci chorobą. Rozmieszczenie genetyczne bliźniąt identycznych wynosi odpowiednio 50 % i 15 % bliźniąt identycznych i dwóch identycznych bliźniąt (tamże).

Ważne jest, aby zrozumieć, że świadomość i zdolności intelektualne nie są osłabione. Jak już podkreśla Dilling et al., zmiana osobowości następuje w zaawansowanym stadium z utratą poczucia indywidualności, wolności decyzji i niepowtarzalności.

Osoba poszkodowana traci związek z rzeczywistością, a jej bliźni ludzie czują się napędzani przez nieznane siły. Jak już wspomniał Bondy, trudno jest umieścić się w świecie wewnętrznym osoby dotkniętej chorobą i zrozumieć tę chorobę. Choroba ta występuje bez widocznej przyczyny zewnętrznej i zmienia osobowość osoby dotkniętej chorobą. Zdrowe części osobowości często pozostają obok części chorych (ibid.).

7.3 Schizofrenia z perspektywy biochemicznej

Centralne struktury nerwowe dopaminergiczne działają, jak pokazał już Möller, nadaktywowane w układzie mezolimbicznym. Są one uważane za najważniejszy biochemiczny korelat ostrych objawów schizofrenicznych. Wyniki badań farmakologicznych potwierdzają tę hipotezę, ponieważ leki neuroleptyczne blokują receptory dopaminergiczne (receptory dopaminowe post-synaptyczne D2), a tym samym działają antypsychotycznie (ibid.).

Nadczynność dopaminergiczna jest nadal niejasna, czy przyczyną tego zaburzenia. Przyjmuje się, że punktem wyjścia jest nadwrażliwość receptorów dopaminergicznych na dopaminę lub nadwrażliwość. Jak już opisał Möller, jest to nadmiar aktywności dopaminergicznej w stosunku do innych układów neuroprzekaźników.

Jak podkreśla Möller, w schizofrenii ważną rolę odgrywają systemy serotonergiczne i glutaminergiczne. Hipoteza ta jest nadal przedmiotem dzisiejszej dyskusji. Neuroleptycy są antagonistami (antagonistami dopaminy D2), wywołują objawy ostre i halucynacje. Amfetaminy są również przyczyną zwiększonej transmisji dopaminy. Systemy glutaminergiczne i dopaminergiczne są ze sobą ściśle powiązane. System serotonergiczny również otrzymuje zwiększoną uwagę, ponieważ wszyscy neuroleptycy mają antagonizm serotoniny-5HT_{2A} oprócz wspomnianego antagonizmu dopaminy D2. Czynniki psychospołeczne odgrywają ważną rolę jako przyczyna i przyczyna schizofrenii. Choroba ta występuje częściej w niższych klasach społecznych. Stres wywołany nadmierną stymulacją ma również negatywny wpływ na rozwój tej choroby (ibid.).

7.4 Psychoanalityczny obraz schizofrenii

Jak już Möller opisuje, z psychoanalitycznego punktu widzenia, słabe ego w dzieciństwie sprzyja wybuchowi choroby, podobnie jak zbieżność ryzyka genetycznego i niekorzystnej atmosfery rodzinnej. Jak już opisał Mentzos, zaburzenia psychiczne często wynikają z wczesnego konfliktu i jego patologicznego przetwarzania. Jest to pojawienie się niedoboru strukturalnego, pierwotnych i wtórnych zaburzeń jaźni. W szczególności te pierwsze prowadzą do rozwoju kolejnych 5 grup zaburzeń (narcystycznych, schizoidalnych i paranoidalnych zaburzeń osobowości, psychoz i granic)

7.5 Kliniczna próbka częstotliwości zaburzeń psychopatologicznych

Próba kliniczna 81 pacjentów, którzy mieli już Andrawis (2018), opisała względną częstotliwość objawów psychopatologicznych:

Zaburzenia skuteczności (96%):

- zachowanie euforyczne, zachowanie na kolanach (po 9%)
- Panikę i lęk (21%)
- Paratymie (31%)
- nastrój depresyjny (26%)
- Dysporia / drażliwość, agresywne napięcie (23%)
- Nieufność (28%)

I disorder (46%):

- Rozpowszechnianie myśli / obcy wpływ myślenia (20%)
- Depersonalizacja/dezrealizacja (31%)
- inne czynniki zewnętrzne (13%)
- Autyzm (15%)

Zaburzenie formalnego myślenia (68%):

- Overtalking (19%)
- Przerwanie myślenia / blokowanie myślenia (30%)
- Myślenie przewrotne (35%)

Zaburzenia prowadzenia pojazdów i zachowań społecznych (63%):

- zwiększona wyczerpywalność (10%)
- Tendencja agresji (19%)
- skłonność do zaniedbań / potrzeba opieki (13%)

- Brak kontaktu (45%)

urojenie (79%):

- Złudzenie miłosne (3%)

- Urojenia wielkiej/religijnej urojenia (11%)

- urojenie upośledzenia/ złudzenie prześladowań (59%)

- Paranoja (48%)

- zaburzenia woli i funkcji psychoruchowych (60%)

- Manneryzm (11%)

- Negatywizm / Autyzm (po 8%)

- Katalepsja (4%)

- Agitacja / apatia / stereotypy (po 13%)

- Zmniejszenie / Zmniejszenie odsetek (28%)

- Stupor (9%)

Halucynacje (49%):

- Komentarze/dialogi (36%)

- halucynacje ciała (14%)

- Halucynacje optyczne (18%)

- Inne halucynacje akustyczne i inne głosy (15%) (Andrawis A, 2018).

7.6 Objawy schizofrenii

Schizofrenia ma różne przejawy. Według Bleulera, zaburzenia afektywności, tzw. zaburzenia myślenia formalnego i zaburzenia ego, są definiowane jako typowe objawy podstawowe. Schneider rozróżnia objawy pierwszego i drugiego stopnia. Pierwszy stopień obejmuje głosy interpretacyjne, deprywację myśli, percepcję urojeniową i dźwięk myśli. Drugi stopień obejmuje urojenia, inne urojenia itp.

Jak już podkreśla Möller, przy diagnozowaniu schizofrenii należy pamiętać, że niekoniecznie musi ona przebiegać równoległe do urojenia i halucynacji. Istnieją rodzaje schizofrenii, które nie tworzą tych objawów. Niektóre z tych objawów można znaleźć również w innych chorobach psychicznych. Uderzające jest jednak to, że u 80% pacjentów rozwijają się objawy szaleństwa. Sam jeden symptom nie definiuje wyraźnie schizofrenii jako choroby.

Aby postawić jasną diagnozę, bardziej sensowne jest podsumowanie objawów w grupach.

Jak już opisał Möller, poniżej przedstawiono podział objawów, które występują razem i są szczególnie ważne dla diagnozy:

1. a) Wycofanie, inspiracja, wyrażanie lub rozpowszechnianie myśli.

b) Kontrola mania, wpływ mania, mania, percepcja urojeniowa. Uczucie tego, co zostało zrobione, związane z ruchami ciała i kończyn lub pewnymi myślami, czynnościami lub doznaniem.

c) dialogiczny lub komentujący głos lub inne głosy pochodzące z części ciała, mówiące o pacjencie i jego zachowaniu.

d) Całkowicie nierealne, długotrwałe złudzenie, takie jak bycie osobowością polityczną lub religijną lub posiadanie nadprzyrodzonych mocy (np. bycie w kontakcie z kosmitami lub posiadanie uprawnień do kontroli pogody).

2.a) halucynacje, którym towarzyszą obojętne, uporczywe, wytrenowane złudzenia bez wyraźnego zaangażowania uczuciowego lub ulotnych myśli. Objawy te występują codziennie przez tygodnie, a nawet miesiące.

b) Przepływ myśli jest ograniczony przez abstrakcje mentalne, absencjonalność lub neologizmy.

c) Woskowa elastyczność lub stereotypy dotyczące postawy, objawy katatoniczne, takie jak pobudzenie, negatywizm, otępienie i autyzm (Andrawis A, 2018).

d) Negatywne objawy, jak już opisał Andrawis: spłaszczone lub nieadekwatne efekty, wyraźna apatia, zubożenie mowy, wycofanie społeczne, pogorszenie sprawności. Ważne jest, aby objawy te nie były wywoływane przez leki neuroleptyczne lub depresję.

Bezmiennosc przejawia sie w postawie zagubionej w sobie, bezwladnosci i spolecznym wycofaniu. Objawy te sa typowe dla schizofrenii simplex (F20.6).

Aby postawic diagnoze, co najmniej jeden objaw musi byc jednoznaczny, a co najmniej dwa do trzech, jezeli objawy nie sa jednoznaczne (z grup I. - III. wymienionych powyzej). Ponadto objawy musza trwac co najmniej jeden miesiac i dluzej. Jezeli czas trwania jest krrotszy, nalezy pomyslec o ostrej schizofrenicznej chorobie psychotycznej (F23.2).

Jezeli objawy schizofreniczne i afektywne pojawiaja sie rownoczesnie i z taka sama intensywnoscia, mowi sie o schizofrenicznej chorobie (F25).

Jezeli mozg dotkniety jest objawami odstawienia lub zatrucia, schizofrenia nie powinna byc nigdy diagnozowana. Podobne objawy schizofrenii w padaczce lub innych chorobach mozg sa zdefiniowane w punkcie (F06.2).

F1.5 to uszkodzenie mozg spowodowane przez narkotyki (jak rowniez kofeine).

F1.0 jest zaburzeniem mozg wywolany przez alkohol.

7.7 Klasyfikacja schizofrenii (tamze).

Klasyfikacja Schizofrenii ICD-10 F20.0 - F20.9

(Dilling H, Mombour W, Schmidt M H, 2008)

7.7.1 Schizofrenia paranoidalna

Schizofrenia paranoidalna (ICD-10 F20.0)

Najczestszy wyglad, jak juz potwierdzil Bondy, pokazuje halucynacje i zludzenia. Pacjenci czuja sie podslychiwani i zagrozeni, zdalnie kontrolowani i pod wplywem czynnikow zewnetrznych. Jej mysli pokazuja skoki i granice, a takze nieobecnosć umyslu. W fazie ostrej dochodzi do ciezkich, niezrozumialych wybuchow emocjonalnych, "jak gdyby opętanych przez demony". Troche za duzo wszystkich objawow: zbyt aktywne, za glodne. Podstawowe objawy zajmaja miejsce na tylnym siedzeniu, podczas gdy objawy produktywne znajduja sie na pierwszym planie (Andrawis A, 2018).

7.7.2 Schizofrenia hebefrenowa

Schizofrenia hebefrenowa (ICD-10 F20.1)

Jak już opisał Andrawis (2018), występuje szczególnie w okresie dojrzewania. Skuteczne zaburzenia są na pierwszym planie, w sensie nie odpowiednie dla wieku zachowanie lub obojętność, w połączeniu z zaburzeniami myślenia, zwłaszcza nieprzewidywalne, cheeky, cheeky, nie więcej zahamowań w zachowaniu społecznym (Andrawis A, 2013).

7.7.3 Schizofrenia katatoniczna

Schizofrenia katatoniczna (ICD-10 F20.2)

Ta forma schizofrenii, jak to opisuje Andrawis, jest (2013).

charakteryzujące się zaburzeniami napędu i ruchu. Objawy nagle pojawiają się w postaci ostrej: Podniecenie, silny niepokój z drętwieniem (katatoniczne otępienie) lub drażliwość i agresywność. Szaleństwo i halucynacja jako podstawowy nieporządek znikają na dalszy plan. Przebieg katatonii w wielu odcinkach jest stosunkowo krótki. Osobowość nie zmienia się tak bardzo jak inni ludzie.

7.7.4 Schizofrenia niezróżnicowana

Schizofrenia niezróżnicowana (ICD-10 F20.3)

Ten typ obejmuje kilka objawów bez wyraźnego wskazania diagnozy. Jak już wyjaśnił Dilling et al., pacjenci wykazują zbyt mało lub zbyt wiele objawów (F20.0, F20.1, F20.2, F20.4, F20.5). Powyższe kryteria muszą być spełnione w celu postawienia diagnozy (ibid.).

7.7.5 Depresja popschizofreniczna

Depresja popschizofreniczna ICD-10 F20.4

Jak już wyjaśnił Andrawis (2013), to zaburzenie następuje schizofrenii, typowe objawy są nadal obecne, ale w umiarkowanej formie. Często dominują objawy negatywne. Nie jest to tak ważne dla diagnozy tych objawów depresyjnych. Jest to tylko tymczasowy skutek nieistniejących już objawów psychotycznych. Jest to zatem reakcja na chorobę. Nie należy tu przedwcześnie diagnozować depresji (F32.2, F32.3 wg: ICD-10 rozdział -V.). Nie jest łatwo określić, które objawy wynikają z działania leków neuroleptycznych, które są częścią depresji

lub mają swoje źródło w spłaszczeniu afektów, zmniejszeniu popędu schizofrenii. Faza ta charakteryzuje się wysokim ryzykiem samobójstwa.

Jeżeli spełnione są trzy kryteria, można postawić diagnozę:

1. nadal występują typowe objawy schizofreniczne
2. osoba cierpiała na schizofrenię w ciągu ostatnich 12 miesięcy
3. objawy depresyjne i agonizujące występują na pierwszym planie od co najmniej 2 tygodni (ibid.).

7.7.6 Schizofreniczne Typ pozostałości

Schizofreniczne pozostałości typu ICD-10 F20.5

Ten facet rozwija schizofreniczną psychozę. Jak już opisał Möller, zmiana osobowości jest początkowo zauważalna ze względu na słabe wyniki, wyrównywanie afektywne, tendencję do objawów hipochondrialnych, zaburzenia koncentracji i depresyjne nastroje. W ciężkich przypadkach mamy do czynienia z masowym brakiem motywacji i zainteresowania, zaniedbaniem higieny osobistej i autystycznym wycofywaniem się z kontaktów społecznych. Stan przewlekły nazywany jest symptomatologią ujemną. Jeśli objawy przewlekłe lub negatywne mieszają się z objawami pozytywnymi, mówi się o "mieszanych pozostałościach" (ibid.).

7.7.7 Schizofrenia Simplex

Schizofrenia Simplex ICD-10 F20.6

Jest to zaburzenie, które, jak już opisuje Andrawis (2013), zaczyna się prawie niezauważalnie, bardzo często w okresie dojrzewania. Kurs nie jest tak dramatyczny, szaleństwo i halucynacje nie są obecne. Pacjenci z tym zaburzeniem charakteryzują się brakiem popędu, nie mają więcej zainteresowań i uczuć oraz żyją w odosobnieniu. Znikły kontakty zawodowe i społeczne. Przebieg choroby: Choroba postępuje powoli, aż do ostatecznego rozpuszczenia osobowości.

7.7.8 Pozostałe schizofrenie

Inne schizofrenie (ICD-10 F20.8)

- Obejmują one formy schizofrenii, które nie są szczegółowo znane

- schizofrenia estetyczna

Trzy różne rodzaje schizofrenii są wykluczone:

1. schizofrenia cykliczna (ICD-10 F25.2)

2) schizofrenia utajona (ICD-10 F20.1)

3. ostre schizofreniczne schorzenie (ICD-10 F23.2)

7.7.9 Schizofrenia nieokreślona

Nieokreślona schizofrenia ICD-10 F20.9

Obejmuje to formy schizofrenii, które nie są szczegółowo znane.

7.7.10 Schizofrenia z tendencją do przemocy

W opinii publicznej, jak już opisał Bondy, schizofreniczni ludzie są uważani za agresywnych. Dotyczy to jednak tylko indywidualnych aktów przemocy popełnianych przez poszczególne osoby z zaburzeniami psychicznymi. To nieprawda, że większość przestępstw popełnianych jest przez osoby chore psychicznie. Badania przeprowadzone w Niemczech w latach 1955-1964 pokazują, że tylko 3% sprawców przemocy było chorych psychicznie, a wskaźnik oświecenia wynosił 90%. Spośród 10 000 osób cierpiących na schizofrenię tylko pięć dopuściło się aktu przemocy. Jest to jednak sprzeczne z wizerunkiem opinii publicznej (tamże).

7.8 Leczenie schizofrenii

Terapia składa się z trzech bloków: Farmakologia psychofarmakologiczna, psychoterapia i działania socjoterapeutyczne.

Jak zauważył Andrawis (2013), psychofarmakologia jest tutaj na czele. Należy zauważyć, że kombinacja leków neuroleptycznych jest uważana za użyteczną tylko wtedy, gdy ma silne działanie przeciwpsychotyczne poprzez mieszanie niesedytującego leku neuroleptycznego z uspokajającą benzodiazepiną. W fazie ostrych epizodów psychotycznych bezwzględnie

konieczny jest pobyt w szpitalu. Ważne jest podanie dużej dawki leków neuroleptycznych w fazie ostrej. Jest to następnie brane pod uwagę w celu zapewnienia, że skutki uboczne są tolerowane przez pacjenta. Kiedy ostry etap dobiega końca i pacjent czuje się wystarczająco stabilny, następuje psychoterapia i działania socjoterapeutyczne. Wymagane jest sprawdzenie przez psychiatrę lub specjalistę ambulatoryjnego.

Jeśli po czterech do sześciu tygodniach leczenia nie uda się osiągnąć sukcesu, podawana jest neuroleptyczna klozapina (Andrawis A, 2013).

Cel terapii:

Celem nowoczesnych terapii psychofarmaceutycznych, jak opisał już autor, jest stabilizacja stanu emocjonalnego; myślenie staje się bardziej przejrzyste i uporządkowane. Pacjenci czują ulgę i mogą ponownie opanować czynności związane z oświeceniem. Środki socjoterapeutyczne zalecają uporządkowane warunki życia i jasno określone zadania w dziedzinie zawodowej. Należy unikać konfliktów w rodzinie. Psychoterapie oferują dalsze towarzyszenie na drodze życia (ibid.)

7.8.1 Psychoterapia schizofrenii

Z psychoanalitycznego punktu widzenia wiele problemów psychologicznych jest zakorzenionych w dzieciństwie. Celem jest uwidocznienie struktur osobowości poprzez pogodzenie się z nierozwiązanymi traumatycznymi doświadczeniami dzieciństwa, zakotwiczonymi w nieświadomości. Jak podkreśla Bondy, dla terapii ważne jest swobodne skojarzenie i interpretacja marzeń. Represjonowane traumy i konflikty są uświadamiane w celu umożliwienia właściwego przetwarzania psychicznego. Pozytywna wola pacjenta ma tu ogromne znaczenie.

Myślę, że ważne byłoby wyjaśnienie pacjentowi, że obrona i opór w terapii nie są skuteczne. Według Freuda, chorzy na schizofrenię nie są narażeni na psychoanalizę, co utrudnia kontakt. Pacjent jest nadmiernie pobudzony, a przesłuchiwanie po wczesnym dzieciństwie przynosi jeszcze więcej zamieszania (Andrawis A, 2013).

7.8.2 Metody terapii behawioralnej

Inne środki psychoterapeutyczne obejmują, jak już opisuje Möller, (Andrawis 2013), terapie behawioralne na poziomie poznawczym, jak również poprawę umiejętności społecznych i terapii rodzinnych. Skupia się na leczeniu sporcyjnym, które budzi odwagę i

nadzieję. Należy rozważyć informacje o chorobie i możliwościach leczenia, a także czynnik wpływający na konflikt społeczny i stres. Ważna jest motywacja do leczenia (psychoedukacja). Podobnie, wszystkie problemy życia codziennego muszą być omawiane, zwłaszcza wszystkie rodzaje stresu, jak również niedowartościowanie.

Program ćwiczeń promujący poznawcze i społeczne strategie radzenia sobie z problemami:

Trzy sekcje ćwiczeń, jak już wspomniał Möller, dotyczące różnicowania poznawczego:

Skupienie uwagi na poprawie przetwarzania i odbioru informacji. Promocja konceptualizacji i logicznego myślenia.

Postrzeganie społeczne: Aby poradzić sobie ze stresem, promowane jest planowanie poznawcze i samoorganizacja.

Ćwiczenie fizyczne: W tym miejscu praktykowane są zachowania instrumentalne pozwalające radzić sobie w sytuacjach stresowych.

Aktywny relaks jako dodatkowa technika: chodzi o równowagę harmonii i dysharmonii dla relaksu (tamże).

Do dodatkowej obróbki akustycznej:

Jak już wspomniał Bondy, budowa w ostatnich latach akademików, grup mieszkalnych i "warsztatów ochronnych" przyczyniła się do lepszego powrotu chorych do codziennego życia. Ludność jest często wrogo nastawiona do takich środków. Lepiej byłoby jednak rozwijać zrozumienie dla osób chorych psychicznie i okazać im solidarność. Celem jest tolerancja i pozytywny rozwój relacji międzyludzkich dla zrozumienia, ludzkiej i pozytywnej psychiatrii. To z kolei miałyby pozytywny wpływ na pacjenta (Andrawis A, 2018).

Prof. Dr. Andrawis