

TABELA 2-1. Kryteria schizofrenii według DSM-IV

- A. Występowanie dwóch z poniższych objawów przez większość czasu w 1 miesiącu:
1. Urojenia
 2. Omamy
 3. Dezorganizacja mowy
 4. Znaczna dezorganizacja zachowania lub zachowanie katatoniczne
 5. Objawy ubytkowe
- (Uwaga: Gdy urojenia są dziwaczne lub występują omamy słuchowe, takie jak głosy komentujące na bieżąco zachowanie danej osoby lub jej myśli, albo gdy występują dwa lub więcej niż dwa głosy dyskutujące ze sobą, to do ustalenia rozpoznania wystarcza obecność tylko jednego z wymienionych objawów)
- B. Istotne zaburzenie funkcjonowania społecznego lub zawodowego
- C. Utrzymywanie się objawów z punktu A w osłabionej postaci lub objawów ubytkowych co najmniej przez 6 miesięcy. Co najmniej przez 1 miesiąc w tym okresie musi występować objaw z punktu A
- D. Wykluczono objawy psychozy schizoafektywnej i choroby afektywnej
- E. Wykluczono, jako czynnik etiologiczny, nadużywanie substancji psychoaktywnych i choroby somatyczne

ustanowienia wiarygodnych metod rozpoznawania schizofrenii w różnych kulturach i społecznościach.

1. Przy zastosowaniu wywiadów psychiatrycznych i badania skalą PSE (*Present State Examination*) odnotowano najczęściej występujące objawy schizofrenii (tab. 2-3). Jednakże objawy te występują również dość często w innych zaburzeniach, takich jak zaburzenia psychiczne o podłożu somatycznym i organicznym oraz choroby afektywne.
2. Niedogodności podejścia diagnostycznego. Taki sposób ustalania rozpoznania ma ograniczone zastosowanie w odniesieniu do poszczególnych chorych, ponieważ nie zapewnia minimalnych czy progowych kryteriów rozpoznania w poszczególnych przypadkach. Był on raczej podstawą, na której stworzono inne systemy rozpoznawcze, takie jak DSM-III-R, a w mniejszym stopniu DSM-IV.

III. EPIDEMIOLOGIA. Ze względu na trudności z definiowaniem rozpoznania schizofrenii oraz trudności związane z badaniami populacyjnymi dokładne dane epidemiologiczne dotyczące zachorowalności na schizofrenię są trudne do uzyskania.

A. Zapadalność, rozpowszechnienie i koszty związane z leczeniem schizofrenii

1. Ocenia się, że roczna zapadalność na schizofrenię w grupie osób powyżej 15 r.ż. mieści się w granicach 0,03–0,12%; zwiększone ryzyko zachorowania występuje w państwach uprzemysłowionych oraz w społecznościach przeżywających kryzysy kulturowe. Mimo iż przyjmuje się powszechnie, że kobiety zapadają na schizofrenię równie często jak mężczyźni, niedawne badania kanadyjskie wskazują, że w dużych miastach u mężczyzn schizofrenię rozpoznaje się 2–3 razy częściej niż u kobiet.

TABELA 2-2. Podtypy schizofrenii

We wszystkich poniższych podtypach schizofrenii muszą być spełnione kryteria rozpoznania samej schizofrenii, szczególnie objawy z punktu A

Typ paranoidalny

- A. Zachowania chorego zdominowane przez jedno lub kilka urojeń lub przez częste omamy słuchowe
- B. Nie występuje nasilona dezorganizacja mowy, zachowania, tępy lub niedostosowany afekt albo zachowanie katatoniczne

Typ zdezorganizowany

- A. Nasilone są wszystkie z poniższych objawów:
 1. Dezorganizacja mowy
 2. Dezorganizacja zachowania
 3. Stępienie lub niedostosowanie afektu

B. Chory nie spełnia kryteriów rozpoznania schizofrenii typu katatonicznego

Typ katatoniczny. Obraz kliniczny jest zdominowany co najmniej przez dwa z poniższych objawów:

- A. Znieruchomienie objawiające się katalepsją lub osłupieniem
- B. Nadmierna aktywność ruchowa (wyraźnie bezcelowa i nie modyfikowana przez bodźce z zewnątrz)
- C. Skrajny negatywizm lub mutyzm
- D. Niezwykłe ruchy dowolne, takie jak przyjmowanie dziwnych pozycji, ruchy stereotypowe, nasilone manieryzmy, nasilone grymasy
- E. Echolalia lub echopraksja

Typ niezróżnicowany. Obecne są objawy schizofrenii spełniającej kryterium A, ale chory nie spełnia kryteriów podtypów paranoidalnego, katatonicznego czy zdezorganizowanego

Typ rezydualny

- A. Chory nie spełnia już kryteriów schizofrenii opisanej w punkcie A oraz nie spełnia kryteriów innych podtypów schizofrenii
- B. Objawy chorobowe (takie jak objawy ubytkowe oraz co najmniej dwa objawy z punktu A) występują w złagodzonej formie

TABELA 2-5. Kryteria diagnostyczne zaburzenia schizofrenopodobnego według DSM-IV

A. Spełnione są kryteria A, D i E schizofrenii

B. Epizod zaburzenia trwa co najmniej 1 miesiąc, ale krócej niż 6 miesięcy

W rozpoznaniu powinno się podać cechy rokownicze:

Korzystne cechy rokownicze (występowanie co najmniej dwu z nich):

1. Nasilone objawy psychotyczne w okresie do 4 tygodni od pierwszych zauważalnych zmian w funkcjonowaniu i zachowaniu

2. Cechy splątania lub zagubienia w okresie największego nasilenia epizodu psychotycznego

3. Dobre przedchorobowe funkcjonowanie społeczne i zawodowe

4. Niewystępowanie afektu stepionego lub płaskiego

Bez korzystnych cech rokowniczych:

Podaje się w braku korzystnych czynników rokowniczych

↑ ↓ 6

→ symbol (do 4 ma) obj. psychotyczne

a. W rodzinach takich chorych choroby afektywne występują częściej niż schizofrenia

b. Rokowanie u takich chorych jest pośrednie między chorobami afektywnymi a schizofrenią.

c. U chorych często uzyskuje się korzystne wyniki terapeutyczne przez połączenie sposobów leczenia stosowanych w chorobach afektywnych i w schizofrenii.

6. **Psychoza urojeniowa** (tab. 2-7). To stosunkowo rzadkie zaburzenie może być trudne do odróżnienia od schizofrenii, jeżeli nie przeprowadzi się dokładnego wywiadu i nie uzyska jego obiektywnego potwierdzenia. U tych chorych często występują nasilone

TABELA 2-6. Kryteria psychozy schizoafektywnej (schizoaffective disorder) według DSM-IV

A. Nieprzerwany okres choroby, podczas którego występuje albo epizod dużej depresji, albo epizod maniakalny i jednocześnie występują objawy spełniające kryterium A schizofrenii

B. Podczas tego samego okresu choroby występowały co najmniej przez dwa tygodnie urojenia i omamy i nie było nasilonych objawów zaburzeń nastroju

C. Objawy spełniające kryteria epizodu choroby afektywnej występują przez znaczną część całkowitego trwania aktywnej i rezydualnej fazy choroby

D. Objawy nie są spowodowane bezpośrednio nadużywaniem substancji psychoaktywnej

Wyróżnić podtyp

dwubiegunowy: jeżeli występują epizody maniakalne lub epizody zarówno maniakalne, jak i depresyjne

depresyjny: jeśli występują tylko epizody depresyjne

TABELA 2-7. Kryteria psychozy urojeniowej (ang. *delusional disorder*) według DSM-IV

- A. Występowanie urojeń bez cech dziwaczności (tj. dotyczących sytuacji, które mogłyby zdarzyć się w codziennym życiu, takich jak sytuacje śledzenia, otrucia, zakażenia, choroby, kochania przez osobę znajdującą się w odległym miejscu), trwające co najmniej 1 miesiąc.
- B. Zaburzenia nigdy nie spełniały kryterium A schizofrenii (dłużej niż przez kilka godzin)
- C. Pomijając wpływ urojenia(-ń) lub jego (ich) konsekwencji, funkcjonowanie chorego nie jest znacznie upośledzone, a zachowanie nie jest w sposób oczywisty dziwne lub dziwaczne
- D. Jeśli epizody zaburzeń nastroju występowały jednocześnie z urojeniami, to całkowity okres ich trwania był dość krótki w stosunku do okresu, w którym występowały urojenia
- E. Zaburzenie nie jest spowodowane bezpośrednim działaniem substancji chemicznej (np. nadużywaniem substancji psychoaktywnej, działaniem leku) ani chorobą somatyczną

Należy określić typ zaburzenia:

typ erotomanii: występują urojenia, że inna osoba, zwykle o wyższym statusie, jest zakochana w chorym

typ wielkościowy: występują urojenia nadmiernej wartości, mocy, wiedzy, tożsamości lub specjalnego związku z istotą boską lub słynną osobą

typ zazdrości: występują urojenia niewierności partnera seksualnego

typ prześladowczy: występują urojenia chorego, że on (lub bliska mu osoba) jest w pewien sposób źle traktowany(-a)

typ somatyczny: występują urojenia, że u danej osoby występuje jakiś defekt fizyczny lub choroba somatyczna

typ mieszany: urojenia charakterystyczne co najmniej dla dwóch powyższych typów, ale żadne z nich nie dominuje

typ nieokreślony

urojenia nie mające dziwacznej treści, które jednak nie spełniają kryterium A dotyczącego schizofrenii przez okres dłuższy niż kilka godzin. Nie występuje u nich uogólnione zaburzenie funkcjonowania, powszechnie spotykane u chorych na schizofrenię. Urojenia mogą mieć cechy wiarygodności (np. chory podejrzewa, że jest śledzony, podtruwany, cierpi na poważną chorobę).

7. **Krótkotrwałe zaburzenie psychotyczne** (tab. 2-8). Podobnie jak zaburzenie schizofrenopodobne, ta kategoria diagnostyczna dotyczy chorych, u których według poprzednich kryteriów rozpoznawano schizofrenię, jednakże rokowanie u nich jest dobre (w odróżnieniu od chorych, u których rozpoznaje się schizofrenię według obecnych kryteriów). Krótkotrwałe zaburzenie psychotyczne trwa od 1 dnia do 1 miesiąca. Jest oczywiste, że rozpoznanie różnicowe w razie wystąpienia takiego ostrego stanu psychotycznego musi obejmować wiele zaburzeń; zwłaszcza należy wykluczyć chorobę somatyczną, nadużywanie substancji psychoaktywnych oraz chorobę afektywną.

8. **Psychoza atypowa** jest rozpoznaniem, które można ustalić po wykluczeniu innych możliwości. Tę kategorię diagnostyczną stosuje się wyłącznie do chorych, u których występują niektóre objawy schizofrenii, lecz którzy nie spełniają wszystkich kryteriów

TABELA 2-8. Kryteria diagnostyczne krótkotrwałego zaburzenia psychiatrycznego według DSM-IV

- A. Występowanie co najmniej jednego z poniższych objawów:
1. Urojenia
 2. Omamy
 3. Dezorganizacja mowy (np. częste gubienie tematu lub niespójność wypowiedzi)
 4. Znaczna dezorganizacja zachowania lub zachowanie katatoniczne
- B. Epizod zaburzenia trwa co najmniej 1 dzień, ale nie dłużej niż 1 miesiąc i ostatecznie następuje powrót do przedchorobowego poziomu funkcjonowania. (Gdy rozpoznanie stawia się bez oczekiwania na powrót do zdrowia, powinno się je określić jako „tymczasowe”)
- C. Objawów nie można wyjaśnić chorobą afektywną (tj. nie występuje pełny zespół objawów fazy afektywnej) ani schizofrenią; nie są też one wynikiem działania substancji chemicznej ani nie są związane z chorobą somatyczną

Należy określić typ zaburzenia:

z wyraźnymi czynnikami stresowymi (krótkotrwała psychoza reaktywna): jeśli objawy występują wkrótce po nich i są wyraźnym następstwem pewnych wydarzeń, które razem lub każde z osobna, stanowiłyby znaczny czynnik stresowy dla niemal każdej osoby z danej społeczności, która znalazłaby się w podobnych okolicznościach.

bez wyraźnych czynników stresowych: jeśli objawy psychiatryczne nie występują wkrótce po wydarzeniach lub nie są wyraźną reakcją na wydarzenia, które pojedynczo lub razem byłyby znacznym czynnikiem stresującym dla prawie każdej osoby z danej społeczności, znajdującej się w podobnych okolicznościach

z początkiem po porodzie: jeśli początek zaburzeń występuje przed upływem 4 tygodni po porodzie

rozpoznawczych schizofrenii. Takie rozpoznanie dotyczy chorych z zaburzeniami psychiatrycznymi, u których nie stwierdzono podłoża organicznego i którzy nie spełniają kryteriów diagnostycznych innych zaburzeń psychiatrycznych.

9. Zaburzenia osobowości. Coraz rzadsze stosowanie określeń takich, jak „schizofrenia procesualna” oraz „schizofrenia pseudonerwicowa” powoduje mniejsze zamieszanie w różnicowaniu schizofrenii z zaburzeniami osobowości. Jednakże w przypadku kilku szczególnych zaburzeń osobowości ich objawy mogą być mylone z objawami schizofrenii. Do zaburzeń osobowości najczęściej błędnie rozpoznawanych jako schizofrenia należą (z zastosowaniem nazewnictwa DSM-IV):

a. Zaburzenie osobowości typu paranoidalnego. Osoby z takim zaburzeniem interpretują działania innych osób jako celowo im szkodzące i zagrażające. Zachowanie ich cechuje się podważaniem lojalności innych osób, skłonnością do pamiętania doznanych urazów i nieprzyjemności oraz brakiem zaufania do innych osób. Zaburzenie to różni się od paranoidalnej postaci schizofrenii brakiem występowania ostrych epizodów psychiatrycznych oraz tym, że nie ma w nim nasilonego pogorszenia się funkcjonowania

b. Zaburzenie osobowości typu schizoidalnego występuje często u biologicznych krewnych osób chorych na schizofrenię, co wskazuje, że oba te zaburzenia mają wspólne, dotychczas nie określone podłoże genetyczne. Brak zainteresowania życiem społecznym powoduje u tych osób ograniczenia w dotychczasowym stylu życia, co może przypominać pogorszenie funkcjonowania społecznego spotykane