

F20 – F29

Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy

F20 Schizofrenie

F20.0 Paranoidní schizofrenie

F20.1 Hebefrenní schizofrenie

F20.2 Katatonní schizofrenie

F20.3 Nediferencovaná schizofrenie

F20.4 Postschizofrenní deprese

F20.5 Reziduální schizofrenie

F20.6 Simplexní schizofrenie

F20.8 Jiná schizofrenie

F20.9 Schizofrenie nspecifikovaná

Pátý znak specifikuje průběh:

.x0 Chronický

.x1 V atakách s postupným defektem

.x2 V atakách se stabilním defektem

.x3 V atakách s remisemi

.x4 Neúplná remise

.x5 Úplná remise

.x8 Jiný

F21 Schizotypní porucha

F22 Trvalé duševní poruchy s bludy

F22.0 Porucha s bludy

F22.8 Jiné trvalé poruchy s bludy

F22.9 Trvalá porucha s bludy nspecifikovaná

F23 Akutní a přechodné psychotické poruchy

F23.0 Akutní polymorfní psychotická porucha bez příznaků schizofrenie

F23.1 Akutní polymorfní psychotická porucha s příznaky schizofrenie

F23.2 Akutní schizoformní psychotická porucha

F23.3 Jiné akutní psychotické poruchy s převahou bludů

F23.8 Jiné akutní a přechodné psychotické poruchy

F23.9 Akutní a přechodná psychotická porucha nespecifikovaná

Pátý znak označuje eventuelní přítomnost přidruženého akutního stresu:

.x0 Bez spojitosti s akutním stresem

.x1 Ve spojitosti s akutním stresem

F24 Indukovaná porucha s bludy

F25 Schizoafektivní poruchy

F25.0 Schizoafektivní porucha, manický typ

F25.1 Schizoafektivní porucha, depresivní typ

F25.2 Schizoafektivní porucha, smíšený typ

F25.8 Jiné schizoafektivní poruchy

F25.9 Schizoafektivní porucha nespecifikovaná

F28 Jiné neorganické psychotické poruchy

F29 Nespecifikovaná neorganická psychóza

F20

Schizofrenie

Schizofrenní poruchy jsou obecně charakterizovány význačnými poruchami myšlení a vnímání a afektivitou, která je nepřiměřená nebo oploštělá. Jasně vědomí a intelektové schopnosti jsou obvykle zachovány, i když se během času mohou vyvinout určité kognitivní deficity. Osobnost je postižena ve svých nejpodstatnějších funkcích, které dávají normálnímu jedinci pocit individuality, jednotnosti a autonomie (self-direction). Nemocný má často pocit, že jeho nejintimnější myšlenky, pocity a činy jsou známy nebo sdíleny jinými lidmi. Mohou se rozvinout bludné interpretace, že přírodní nebo nadpřirozené síly ovlivňují pacientovo myšlení a jednání, a to často bizarní formou. Mohou být často pokládány za osu všeho, co se děje. Jsou běžné především sluchové halucinace, hlasy mohou komentovat chování nebo myšlení pacienta. Vnímání může být narušeno i jinak: barvy a zvuky se mohou zdát nepřiměřeně živé nebo kvalitativně změněné. Nepodstatné, obyčejné věci se mohou zdát důležitější než celý předmět nebo situace. Nepochopení situace může vést k přesvědčení, že události každodenního života mají pro jedince zvláštní, obvykle zlověstný význam. U typické schizofrenní poruchy myšlení jsou kladeny do popředí okrajové a nepodstatné rysy celku, které jsou u normálně zaměřené lidské aktivity potlačeny, a jsou užívány místo těch, které jsou relevantní a situaci přiměřené. Tím se myšlení stává nepřesné nespojitě a neproniknutelné a jeho slovní vyjádření někdy nepochopitelné. Časté jsou zárazy a interpolace v toku myšlenek a pacientovi se může zdát, že mu nějaká vnější síla odnímá myšlenky. Nálada je typicky oploštělá, vrtošivá nebo nepřiměřená. Ambivalence a volní poruchy se mohou jevit jako lenivost, negativismus nebo stupor. Může být přítomna i katatonie. Začátek může být akutní s vážně narušeným chováním, nebo plíživý s postupným rozvojem podivných myšlenek a chování. Průběh se také velmi mění a není nevyhnutelně chronický nebo zhoršující se (je specifikován pětimístnými kategoriemi). V určité části případů, která se může lišit v různých kulturách a populacích, dochází k úplnému nebo téměř úplnému uzdravení. Obě pohlaví jsou přibližně stejně postižena, ale u žen bývá začátek pozdní.

I když nemohou být zjištěny přísně patognomické příznaky, pro praktické účely je užitečné rozdělit příznaky do skupin, které jsou pro diagnózu obzvláště důležité a které se často vyskytují společně. Jsou to:

- (a) slyšení vlastních myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek,
- (b) bludy kontrolovanosti, ovlivňování nebo prožitky pasivity, které se jasně vztahují k pohybům těla nebo údů, nebo specifickým myšlenkám, jednání nebo cítění, bludné vnímání,

- (c) halucinatorní hlasy, které neustále komentují chování pacienta nebo o něm mezi sebou rozmlouvají, nebo jiné typy halucinatorních hlasů, přicházejících z určité části těla,
- (d) trvalé bludy jiného druhu, které jsou v dané kultuře nepatřičné a nepřijatelné, jako např. náboženská nebo politická identita, nadlidské síly nebo schopnosti (např. schopnost ovlivňovat počasí, schopnost spojení s cizinci z jiného světa),
- (e) přetrvávající halucinace v kterékoli formě, když jsou doprovázeny buď prchavými, nebo neúplně formulovanými bludy bez jasného afektivního obsahu, nebo přetrvávajícími ovládacími představami, nebo když se vyskytují denně po několik týdnů nebo měsíců,
- (f) zárazy nebo vkládání do toku myšlenek a z nich vyplývající inkoherece nebo irelevantní řeč nebo neologizmy,
- (g) katatonní jednání, jako např. vzrušenost, nástavy nebo flexibilitas cerea, negativismus, mutismus a stupor,
- (h) "negativní" příznaky, jako např. výrazná apatie, ochuzení řeči a oploštění nebo nepřiměřenost emočních reakcí (ty obvykle vyúsťují do sociálního stažení a snížení sociální aktivity); musí být jasné, že se nejedná o příznaky vyplývající z deprese nebo z medikace neuroleptiky,
- (i) výrazné a nápadné kvalitativní změny v osobním chování, jako jsou ztráta zájmů, bezcílnost, nečinnost, ztráta vztahů k okolí a sociální stažení.

F20.0 Paranoidní schizofrenie

Toto je nejobvyklejší typ schizofrenie ve většině částí světa. V klinickém obraze převládají relativně stálé bludy, často paranoidní, které jsou obvykle doprovázeny halucinacemi, převážně sluchovými, a jinými poruchami vnímání. Poruchy afektivity, vůle, řeči a ani katatonní příznaky nejsou výrazné.

Příklady nejběžnějších paranoidních příznaků:

- (a) bludy perzekuční, vztahovačnosti, originální, mesiášského poslání, transformace vlastního těla nebo žárlivosti,
- (b) halucinatorní hlasy, které pacientovi hrozí nebo mu dávají rozkazy, nebo elementární sluchové halucinace, jako pískání, bzučení nebo smích,
- (c) čichové nebo chuťové halucinace, sexuální či jiné tělové pocity, mohou se objevit i zrakové halucinace, avšak zřídka převládají.

U akutních stavů mohou být zřejmé poruchy myšlení, což nebrání tomu, aby pacient jasně popisoval typické bludy nebo halucinace. Afektivita je obvykle méně oploštělá než u jiných forem schizofrenie, ale je běžný menší stupeň nepřiměřenosti, stejně jako poruchy nálady (např. podrážděnost, náhlá zlost, strach a podezíravost). "Negativní" příznaky, jako otupělá afektivita a volní porucha, jsou často přítomné, avšak v klinickém obraze nepřevládají.

Průběh paranoidní schizofrenie může být v atakách, s částečnými nebo úplnými remisemi, nebo chronický. Ve druhém případě po léta přetrvávají floridní příznaky a je obtížné rozlišit jednotlivé ataky. Začátek bývá pozdější než u hebefrenní nebo katatonní formy.

F20.1 Hebefrenní schizofrenie

Forma schizofrenie, u níž jsou významné změny afektivity, bludy a halucinace jsou prchavého nebo fragmentárního rázu a chování nezodpovědné a nepředvídatelné. Nálada je povrchní a nepřiměřená situaci a často je provázena chichotáním nebo samolibým, sebou zaujatým úsměvem, nadneseným chováním, grimasováním, manýrováním, nezbedností, hypochondrickými stížnostmi nebo znovu a znovu opakovanými frázemi. Myšlení je dezorganizované, řeč je nespojitá. Tendence k samotářství, chování se zdá být beze smyslu a bez citu. Tato forma schizofrenie obvykle začíná ve věku 15–25 let a mívá špatnou prognózu vzhledem k rychlému rozvoji "negativních" příznaků, zvláště oploštění afektivity nebo ztráty vůle.

Kromě toho jsou obvyklé výrazné narušení afektivity a vůle a porucha myšlení.

Halucinace a bludy mohou být přítomny, ale neměly by být významné. Dochází ke ztrátě průbojnosti a rozhodnosti, opuštění cílů, takže chování se typicky stává bezcílné a bezúčelné. Pacient se povrchně a manýrovaně zabývá náboženskými, filozofickými a jinými abstraktními tématy, což může činit potíže při sledování toku jeho myšlenek.

F20.2 Katatonní schizofrenie

Podstatnou a převládající charakteristikou jsou výrazné psychomotorické poruchy, které se často pohybují mezi dvěma extrémy, např. od hyperkineze ke stuporu nebo od automatické poslušnosti k negativizmu. Pacient může setrvávat dlouhou dobu v polohách, do nichž byl uveden. Nápadným rysem tohoto stavu mohou být epizody prudkého vzrušení.

Z těžko pochopitelných důvodů se nyní katatonní schizofrenie zřídka vyskytuje v průmyslových zemích, ačkoliv jinde je běžná. Tyto katatonní fenomény se mohou kombinovat se snovým (oneroïdním) stavem se smyslově živými scénickými halucinacemi.

F20.3 Nediferencovaná schizofrenie

Stavy, které splňují všeobecná diagnostická kritéria pro schizofrenii (viz úvod k F20), ale neodpovídají žádné shora uvedené podskupině (F20.0 – F20.2) nebo mají rysy více než

jedné z nich, aniž by nějaká diagnostická charakteristika převládala. Tento kód by se měl použít pouze pro psychotické stavy (tj. reziduální schizofrenie (F20.5) a postschizofrenní deprese (F20.4) se vylučují), které nebylo možno zařadit ani do jedné ze tří předcházejících kategorií.

F20.4 Postschizofrenní deprese

Depresivní ataka, která může být dlouhá a která vzniká po odeznění schizofrenní psychózy. Musí být ještě přítomny některé schizofrenní příznaky, ale v klinickém obraze již nepřevládají. Tyto přetrvávající schizofrenní příznaky mohou být "pozitivní", nebo "negativní", i když "negativní" jsou obvyklejší. Je nejasné a pro diagnózu nepodstatné, do jaké míry byly depresivní příznaky odkryty odezněním dřívějších psychotických příznaků (spíše než aby se jednalo o jejich nový rozvoj) anebo jsou nedílnou součástí schizofrenie spíše než psychologickou reakcí na ni. Jsou zřídka dostatečně vážné nebo rozsáhlé, aby splňovaly kritéria pro těžkou depresivní fázi (F32.2 a F32.3) a je často obtížné rozhodnout, které z pacientových příznaků lze přičíst depresi a které neuroleptické medikaci nebo narušení vůle a emočnímu oploštění vlastní schizofrenii. Tato depresivní porucha je spojena se zvýšeným rizikem sebevraždy.

F20.5 Reziduální schizofrenie

Chronické stadium ve vývoji schizofrenie, u kterého je jasný postup od počátečního stadia, zahrnujícího jednu nebo více atak s psychotickými příznaky, které odpovídají shora uvedeným všeobecným kritériím pro schizofrenii, k pozdějšímu stavu, charakterizovanému dlouhodobými, i když ne nutně ireverzibilními "negativními" příznaky a zhoršením.

F20.6 Simplexní schizofrenie

Vzácně se vyskytující psychóza, u níž se plíživě, ale progresivně rozvíjejí bizarní chování, neschopnost vypořádat se se sociálními požadavky a pokles celkové výkonnosti. Bludy a halucinace chybí a stav není tak zřejmě psychotický jako u hebefrenní, paranoidní a katatonní formy schizofrenie. Typické "negativní" rysy reziduální schizofrenie (např. otupělá afektivita, ztráta vůle atd.) se rozvinou, aniž by jim předcházely jakékoli zjevné psychotické příznaky. Vzdávající sociální ochuzení může vyústit do potulek. Pacient se stává ponořený do sebe, lenošivý a bez cíle.

F21

Schizotypní porucha

Porucha charakterizovaná excentrickým chováním a odchylkami myšlení a afektivity, které se podobají těm, které lze pozorovat u schizofrenie, i když se v žádném stadiu nevyskytují určité a charakteristické schizofrenní anomálie. Není žádná převládající nebo typická porucha, ale mohou být přítomny některé z níže uvedených:

- (a) nepřiměřené nebo omezené emoční reakce (nemocný vyhlíží chladně a povzneseně),
 - (b) chování nebo vzezření je podivné, výstřední nebo zvláštní,
 - (c) chudý vztah k jiným lidem a sklon k sociálnímu stažení,
 - (d) podezíravost nebo vztahovačné myšlení,
 - (e) podezření na paranoidní bludy,
 - (f) obsedantní ruminace bez vnitřní schopnosti odporu, často s dysmorfofobickým, sexuálním nebo agresivním obsahem,
 - (g) občasné somatosenzorické iluze a depersonalizační a derealistické zážitky,
 - (h) vágní, obřadné, metaforické, komplikované a často stereotypní myšlení a řeč bez masivní inkoherece,
 - (i) občasné přechodné, jakoby psychotické epizody s intenzivními bludy, sluchové nebo jiné halucinace a bludům podobné představy, vznikající obvykle bez vnějšího stimulu.
- Porucha má trvalý průběh s kolísavou intenzitou. Někdy se rozvine do jasné schizofrenie. Není určitý začátek a obvykle je vývoj a průběh jako u poruchy osobnosti. Je častější u jedinců, kteří jsou geneticky příbuzní se schizofreniky, a má se zato, že tento stav je částí genetického "spektra" schizofrenie.

F22

Trvalé duševní poruchy s bludy

Do této skupiny patří různé stavy, u nichž dlouhotrvající bludy tvoří jedinou nebo nejvýznamnější klinickou charakteristiku a které se nemohou klasifikovat jako organické, schizofrenní nebo afektivní. Jsou pravděpodobně heterogenní, ale zdá se, že jsou v jakémsi vztahu ke schizofrenii. Relativní důležitost genetických faktorů, osobnostních charakteristik a životních okolností je v jejich genezi nejistá a pravděpodobně různá.

F23 Akutní a přechodné psychotické poruchy

Zatím ještě nejsou k dispozici systematické klinické informace, které by poskytly jasné vodítko ke klasifikaci akutních psychotických poruch. Vymezené údaje a klinická tradice, které se místo toho musí používat, neumožňují vznik pojmů, které mohou být jasně definovány a jeden od druhého rozlišeny. Neexistuje vyzkoušený a prověřený víceosý systém. Abychom se vyhnuli zmatkům v diagnostice, užíváme zde diagnostický postup, který odráží prioritu přiřazenou vybraným klíčovým rysům poruchy:

- (a) akutní začátek (do 2 týdnů) jako určující charakteristika celé skupiny,
- (b) přítomnost typických syndromů,
- (c) přítomnost přidruženého akutního stresu.

Klasifikace je nicméně uspořádána tak, aby i ti, kdo nesouhlasí s tímto pořadím priorit, mohli klasifikovat akutní psychotické poruchy se všemi těmito specifickými charakteristikami.

Kromě toho se doporučuje, aby kdykoli je to možné, bylo použito dalšího detailního rozdělení podle začátku, a to pro všechny poruchy této skupiny.

Akutní začátek je definován jako změna ze stavu bez psychotických rysů do jasně abnormálního psychotického stavu během 2 týdnů nebo méně. Bylo prokázáno, že akutní začátek je spojen s dobrým výsledkem, a zdá se, že čím je začátek náhlejší, tím je výsledek lepší. Proto se doporučuje, aby byl náhlý začátek (do 48 hodin) specifikován, kdykoliv je to možné.

Typické syndromy, které zde byly vybrány, jsou za prvé rychle se měnící a proměnlivý stav, zvaný "polymorfní", který autority několika různých zemí pokládají u akutních psychotických stavů za význačný, a za druhé je to přítomnost typických schizofrenních příznaků.

Pátým znakem se rovněž specifikuje **přidružený akutní stres** vzhledem k jeho tradičnímu spojení s akutní psychózou. Avšak omezené důkazy, které jsou zatím k dispozici, naznačují, že podstatná část akutních psychotických poruch vzniká bez přidruženého stresu. Proto byla klasifikace přizpůsobena zaznamenání přítomnosti nebo nepřítomnosti stresu. Přidruženým akutním stresem je míněno, že první psychotické příznaky vznikly asi do dvou týdnů po jedné nebo několika událostech, které by většina osob za podobných okolností pokládala v kultuře dotyčné osoby za stresové. Takovými typickými událostmi jsou úmrtí blízké osoby, nečekaná ztráta partnera nebo zaměstnání, sňatek, psychické trauma z boje, terorizmu nebo mučení. V tomto kontextu sem jako zdroj stresu nepatří dlouhotrvající potíže nebo problémy.

Obvykle dochází do 2–3 měsíců, často během několika týdnů nebo dokonce dnů, k úplnému uzdravení, a pouze u malé části pacientů s těmito poruchami se vyvinou trvalé

invalidizující stavy. Současný stav znalostí bohužel nedovoluje časnou predikci této malé části pacientů, u nichž nedojde k rychlému uzdravení.

Tento klinický popis a diagnostická vodítka jsou psány za předpokladu, že je budou užívat kliničtí lékaři, kteří potřebují stanovit diagnózu, když musí hodnotit stav pacienta a léčit ho během několika dnů nebo týdnů po začátku onemocnění a když nevědí, jak dlouho bude porucha trvat. Proto sem byly zahrnuty připomínky ohledně časových limitů a přechodu z jedné poruchy do druhé, aby byli ti, kdo zaznamenávají diagnózu, upozorněni na nutnost udržovat záznamy v souladu s časovými změnami. Nomenklatura těchto akutních poruch je neurčitá stejně tak jako jejich nozologický status, ale pokusili jsme se užívat jednoduché a běžné termíny. "Psychotická porucha" se užívá jako vhodný termín pro všechny členy této skupiny (výraz psychotický je definován v obecném úvodu) s dodatečným blíže určujícím termínem, který označuje hlavní charakteristiku každé jednotlivé formy uvedené v seznamu.

F24

Indukovaná porucha s bludy

Vzácná porucha s bludy, kterou sdílejí dvě osoby s těsnými emočními vztahy. Pouze jeden z páru trpí pravou psychotickou poruchou. V druhé osobě jsou bludy indukovány a obvykle zmizí, když jsou obě osoby odděleny. Psychotické onemocnění dominantního člena je většinou schizofrenní, ale není tomu nutně vždy. Původní bludy u dominantního člena a jeho indukovaného protějšku jsou obvykle chronické a jsou buď rázu perzekučního, nebo velikášského. Bludná víra se tímto způsobem přenáší pouze za neobvyklých podmínek. Téměř vždy mají dotyčné osoby nezvykle blízký vztah a jsou od ostatních izolovány jazykem, kulturou nebo místně. Jedinec, ve kterém jsou bludy indukovány, je obvykle také závislý na partnerovi s původní psychózou nebo je mu podřízen.

F25

Schizoafektivní poruchy

Jsou to přechodné poruchy, u nichž jsou význačné jak afektivní, tak schizofrenní příznaky a objevují se během stejné ataky onemocnění (spíše zároveň) nebo alespoň během několika dnů. Jejich příbuznost s typickými poruchami nálady (afektivními poruchami) (F30 – F39) a se schizofrenními poruchami (F20 – F24) je nejistá. Je jim však věnována zvláštní kategorie, protože jsou příliš obvyklé, než aby mohly být ignorovány. Jiné stavy,

u nichž se afektivní symptomy objevily na podkladě již dříve existujícího schizofrenního onemocnění nebo jsou jejich součástí, nebo které se vyskytují společně nebo střídavě s jinými typy trvalých poruch s bludy, jsou klasifikovány pod F20 – F29. Bludy obsahově nepřiměřené náladě nebo halucinace u afektivních poruch (F30.2, F31.2, F31.5, F32.3 nebo F33.3) neopravňují samy o sobě k diagnóze schizoafektivní poruchy.

Pacienti, kteří trpí periodickými schizoafektivními atakami, zvláště ti, u nichž jsou příznaky spíše manického než depresivního typu, se obvykle plně uzdraví a pouze zřídka se u nich rozvine defektní stav.