

American Psychiatric Association

**ZABURZENIA NALEŻĄCE DO SPEKTRUM  
SCHIZOFRENII  
I INNE  
ZABURZENIA PSYCHOTYCZNE**

**DSM-5**  
SELECTIONS

Redaktor wydania polskiego

Jacek Wciórka

**ZABURZENIA NALEŻĄCE DO SPEKTRUM  
SCHIZOFRENII  
I INNE  
ZABURZENIA  
PSYCHOTYCZNE**



**American Psychiatric Association**

**Redakcja wydania polskiego  
Jacek Wciórka**



Tytuł oryginału: *Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders: DSM-5<sup>®</sup> Selections*

Copyright © 2016 American Psychiatric Association

DSM<sup>®</sup> and DSM-5<sup>®</sup> are registered trademarks of the American Psychiatric Association. Use of these terms is prohibited without permission of the American Psychiatric Association.

**First Published in the United States by American Psychiatric Association Publishing, Arlington, VA.**

**Copyright © 2016. All rights reserved.**

Pierwsza publikacja w Stanach Zjednoczonych: American Psychiatric Association Publishing, Arlington, VA.

Copyright © 2016. Wszelkie prawa zastrzeżone.

**First Published in Poland by EDRA Urban & Partner Sp. z o.o. in Polish. EDRA Urban & Partner Sp. z o.o. is the exclusive translation publisher of *Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders, DSM-5<sup>®</sup> Selections*, 1st edition, Copyright © 2018 in Polish for distribution Worldwide.**

Pierwsza publikacja w Polsce: EDRA Urban & Partner Sp. z o.o. w języku polskim. EDRA Urban & Partner

Sp. z o.o. jest wyłącznym wydawcą tłumaczenia publikacji *Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders, DSM-5<sup>®</sup> Selections*, wyd. 1, Copyright © 2018, na język polski do dystrybucji na terenie całego świata.

**Permission for use of any material in the translated work must be authorized in writing by EDRA Urban & Partner Sp. z o.o.**

Pozwolenie na wykorzystanie jakichkolwiek materiałów zawartych w tłumaczonym dziele musi być uzyskane na piśmie od wydawnictwa EDRA Urban & Partner Sp. z o.o.

**The American Psychiatric Association played no role in the translation of this publication from English to the Polish language and is not responsible for any errors, omissions, or other possible defects in the translation of the publication.**

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (American Psychiatric Association) nie brało udziału w tłumaczeniu niniejszej publikacji z języka angielskiego na język polski i nie bierze odpowiedzialności za jakiegokolwiek błędy, pominięcia czy inne wady wydania polskiego.

ISBN 978-1-61537-011-5

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, jak również możliwość wystąpienia błędów, prosimy, aby w trakcie podejmowania decyzji uważnie oceniać zamieszczone w książce informacje. Pomoże to zmniejszyć ryzyko wystąpienia błędów lekarskiego.

© Copyright for the Polish edition by Edra Urban & Partner, Wrocław 2018

Redakcja naukowa wydania polskiego:

prof. dr hab. med. Jacek Wciórka

Tłumaczenie z języka angielskiego:

dr hab. n. med. Sławomir Sidorowicz, prof. nadzw.

W książce wykorzystano tłumaczenie kryteriów diagnostycznych z publikacji:

*Kryteria diagnostyczne z DSM-5<sup>®</sup>, Desk Reference*, American Psychiatric Association; wydanie I polskie Edra

Urban & Partner, Wrocław 2015; redakcja naukowa: prof. dr hab. Piotr Gałecki, prof. dr hab. Łukasz Świącicki;

tłumaczenie: lek. Piotr Sebastian Krawczyk.

Prezes Zarządu: Giorgio Albonetti

Dyrektor wydawniczy: lek. med. Edyta Błażejewska

Redaktor tekstu: Jolanta Kardela

Redaktor prowadzący: Dorota Lis-Olszewska

ISBN 978-83-65625-11-3

Edra Urban & Partner

ul. Kościuszki 29, 50-011 Wrocław

tel.: 71 726 38 35

biuro@edraurban.pl

www.edraurban.pl

Łamanie i przygotowanie do druku: Anna Jońska

# Spis treści

Wprowadzenie do serii <i>DSM-5<sup>®</sup> Selections</i> .....	VII
Przedmowa .....	IX
DSM-5 <sup>®</sup> Zaburzenia należące do spektrum schizofrenii i inne zaburzenia psychotyczne: kody ICD-9-CM i ICD-10-CM .....	XIII
Zaburzenia należące do spektrum schizofrenii i inne zaburzenia psychotyczne w DSM-5 <sup>®</sup> .....	1
Zaburzenia należące do spektrum schizofrenii i inne zaburzenia psychotyczne w DSM-5 <sup>®</sup> . Przewodnik .....	47
Zaburzenia należące do spektrum schizofrenii i inne zaburzenia psychotyczne w DSM-5 <sup>®</sup> . Przypadki kliniczne .....	77
Zaburzenia należące do spektrum schizofrenii i inne zaburzenia psychotyczne w DSM-5 <sup>®</sup> . Pytania kontrolne .....	99
Zaburzenia należące do spektrum schizofrenii i inne zaburzenia psychotyczne w DSM-5 <sup>®</sup> . Odpowiedzi do pytań kontrolnych (z objaśnieniami) .....	109

# Wprowadzenie do serii **DSM-5<sup>®</sup> Selections**

Celem serii *DSM-5<sup>®</sup> Selections* jest przekazanie czytelnikom wiedzy na temat ważnych zagadnień diagnostycznych dotyczących kategorii zaburzeń w klasyfikacji DSM-5. Pierwsze książki z tej serii to: *Zaburzenia snu i czuwania*, *Zaburzenia depresyjne*, *Zaburzenia należące do spektrum schizofrenii i inne zaburzenia psychiatryczne*, *Zaburzenia jedzenia i odżywiania się*, *Zaburzenia neurorozwojowe* oraz *Zaburzenia lękowe*. Każda książka z serii *DSM-5<sup>®</sup> Selections* zawiera kryteria diagnostyczne odnoszące się do zaburzeń uwzględnionych w każdej z nich. Kryteria są zaczerpnięte bezpośrednio z DSM-5, najbardziej wszechstronnego, aktualnego i niezbędnego w praktyce klinicznej źródła, jakie jest obecnie dostępne. Każda książka z serii zawiera ponadto odpowiednie fragmenty z *DSM-5 Guidebook*, *DSM-5 Clinical Cases* oraz *DSM-5 Self-Exam Questions*. W rezultacie każda książka z serii oferuje czytelnikom unikatowe wprowadzenie do poszczególnych kategorii zaburzeń w DSM-5 i możliwość sprawdzenia swojej wiedzy na ich temat.

*DSM-5 Guidebook* służy jako przewodnik po zaburzeniach DSM-5 przeznaczony dla klinicystów i badaczy. Objasnia on kryteria diagnostyczne zawarte w DSM-5 i dostarcza praktycznych wskazówek co do ich zastosowania klinicznego. W tomie tym zaoferowano świeże spojrzenie na kategorie diagnostyczne DSM, skupiając się na zmianach między DSM-IV-TR a DSM-5, które w największym stopniu wpływają na kliniczne zastosowanie kryteriów.

*DSM-5 Clinical Cases* przedstawia złożone przypadki kliniczne, ilustrujące kryteria diagnostyczne zaburzeń należących do danej kategorii, w obrazowy sposób przybliżając DSM-5 nauczycielom, studentom i klinicystom. Ponadto pomaga czytelnikom zrozumieć pojęcia diagnostyczne, w tym objawy podmiotowe, ciężkość, zaburzenia współwystępujące, wiek zachorowania i rozwój zaburzenia, wymiarowość zaburzeń oraz implikacje związane z płcią i kulturą.

Pytania w *DSM-5 Self-Exam Questions* mają na celu sprawdzenie wiedzy czytelników na temat zmian nazewnictwa w DSM-5, konkretnych różnic w rozpoznaniach i kryteriów diagnostycznych. Po każdym pytaniu podano krótką odpowiedź wraz z uzasadnieniem zawierającym ważne informacje o klasyfikacji diagnostycznej oraz zestawach kryteriów, rozpoznaniach, kodach, ciężkości, kulturze, wieku i płci. Pytania te są pomocne podczas przygotowywania się do różnych egzaminów.

Seria *DSM-5<sup>®</sup> Selections* w zamierzeniu nie ma zastępować DSM-5 lub innych książek, z których pochodzą jej poszczególne fragmenty. Ma ona raczej udostępnić czytelnikom najważniejsze wybrane materiały, które odnoszą się bezpośrednio

do konkretnych kategorii zaburzeń. Jeśli okaże się, że potrzebne są dalsze informacje na temat konkretnego zaburzenia lub kategorii zaburzeń, zachęcamy do sięgnięcia po podręczniki American Psychiatric Association. Pełną listę tytułów APP można znaleźć na stronie [www.appi.org](http://www.appi.org).

Dr Robert E. Hales  
Redaktor naczelny

# Przedmowa

W CZĘŚCI zatytułowanej *Zaburzenia należące do spektrum schizofrenii i inne zaburzenia psychiatryczne DSM-5* opisano dwanaście zaburzeń psychicznych. Oprócz schizofrenii omówiono też zaburzenie pod postacią schizofrenii (schizofrenoformiczne), krótkotrwałe zaburzenie psychiatryczne, zaburzenie schizoafektywne, zaburzenie urojenio-we, zaburzenie schizotypowe (osobowości) i katatonię. Poza tym, podobnie do innych zaburzeń psychicznych w DSM-5, schizofrenia i inne zaburzenia psychiatryczne mogą być spowodowane lub wywołane innym stanem ogólnomedycznym.

Schizofrenia jest zaburzeniem mózgowym zmieniającym myślenie, uczucia i zachowanie. Przebiega rozmaicie, i różne jest jej zejście – od pełnej remisji do ciężkiego inwalidztwa. Z materiału przytoczonego w niniejszej książce wynika, że do najbardziej charakterystycznych objawów schizofrenii należą omamy, urojenia i dezorganizacja myślenia. Ponadto obserwuje się objawy negatywne, które rozpoznać jest o wiele trudniej. Należą do nich na przykład wycofanie społeczne oraz ograniczenie zaangażowania emocjonalnego.

Choroba zwykle zaczyna się w okresie późnego dojrzewania lub wczesnej młodości. Już z tego powodu schizofrenia i inne zaburzenia psychiatryczne mogą być głównymi przyczynami niesprawności i inwalidztwa w późniejszym okresie życia. Na przykład, na całym świecie schizofrenia jest główną przyczyną niesprawności kobiet i mężczyzn, która się przejawia bezrobociem, przemocą, hospitalizacjami, chorobami somatycznymi, bezdomnością i przedwczesną śmiercią.

Rozpowszechnienie schizofrenii na całym świecie szacuje się na 1%, jednak rzeczywisty odsetek może być większy. Stwierdzono znaczne różnice rozpowszechnienia tej choroby w rozmaitych populacjach. Niestety, wielu chorych na schizofrenię nie jest objętych odpowiednim leczeniem.

Przebieg schizofrenii jest zróżnicowany, u każdego inny. U jednych dochodzi do wyzdrowienia, u innych przebieg jest przewlekły. Po pierwszym epizodzie psychozy na ogół następuje remisja. Niestety, w przyszłości niemal zawsze dochodzi do nawrotów. Długotrwałą remisję obserwuje się u około 20% chorych; niewielka część tej grupy całkowicie zdrowieje i u niej nigdy już nie dochodzi do wznowy zaburzenia schizofrenicznego. Wprawdzie u prawie jednej trzeciej pacjentów zejście jest stosunkowo korzystne, to jednak u pozostałych dwóch trzecich objawy umiarkowane i ciężkie oraz upośledzenie funkcjonowania utrzymują się stale. U około 10% chorych psychoza przebiega przewlekłe, bez remisji. Klinicyści często wyrażają się pesymistycznie o tym zaburzeniu, ponieważ w swojej praktyce mają do czynienia z przypadkami przewlekłymi lub nawracającymi oraz ze znacznym upośledzeniem funkcjonowania. Rzadko tylko mają okazję napotkać pacjentów, którzy wyzdrowieli i u których nigdy nie doszło do nawrotu.

Zaburzenia należące do spektrum schizofrenii i inne zaburzenia psychiatryczne stanowią ważną grupę, która wymaga dokładnego poznania, a także opanowania umiejętności rozpoznawania i leczenia. Wczesne rozpoznanie i leczenie może poprawić jej

przebieg i los człowieka. Materiał zawarty w tej książce pomoże klinicystom w lepszym poznaniu i rozpoznawaniu zaburzeń należących do spektrum schizofrenii.

## Najważniejsze zmiany w DSM-5 w porównaniu z DSM-IV-TR

W DSM-5 dwie zmiany odnoszą się do kryterium A schizofrenii. Pierwsza polega na zaniechaniu przypisywania szczególnego znaczenia dziwaczności urojeń oraz schneiderowskim pierwszorzędom omamom słuchowym (np. rozmowa dwóch i większej liczby głosów między sobą). Według DSM-IV wystarczyło pojawienie się tylko jednego takiego objawu, by spełnić kryterium A, a nie uwzględniano dwóch innych wymienionych tam objawów. Zmiana jest wynikiem przekonania, że (a) objawy schneiderowskie są nieswoiste oraz (b) brakuje wiarygodnych przesłanek do odróżniania urojeń dziwacznych od niedziwacznych. W związku z tym w DSM-5 wymagane jest pojawienie się co najmniej dwóch objawów, by kryterium A było spełnione i by można było rozpoznać schizofrenię. W drugiej zmianie przyjęto, że do spełnienia kryterium A konieczne jest, by jednym z objawów były urojenia, omamy lub dezorganizacja mowy. Do wiarygodnego rozpoznania schizofrenii konieczne jest zatem występowanie jednego z tych zasadniczych tzw. pozytywnych objawów.

## Postacie schizofrenii

W DSM-5 pomięto podział schizofrenii na postacie, o których mowa w DSM-IV (tj. postać paranoidalną, zdezorganizowaną, katatoniczną, niezróżnicowaną i rezydualną). Rozpoznanie tych postaci uznano za nazbyt dowolne, a także niedostatecznie wiarygodne i rzetelne. Nie wykazano odrębności tych postaci pod względem reakcji na leczenie oraz długotrwałego przebiegu. Zamiast tego w DSM-5 proponuje się podejście ilościowe, a więc pomiar ciężkości głównych objawów schizofrenii, czego opis znajduje się w Części III DSM-5. Pozwala ono wykryć istotne różnice dotyczące rodzaju i nasilenia objawów poszczególnych zaburzeń psychiatrycznych.

## Zaburzenie schizoafektywne

W rozpoznaniu zaburzenia schizoafektywnego najważniejsza zmiana dotyczy wymogu, by w przypadku spełnienia kryterium A większy epizod afektywny zajmował większą część całkowitego czasu trwania psychozy. Tę zmianę wprowadzono na podstawie przesłanek teoretycznych oraz pomiarów psychometrycznych. Z tego wynika, że rozpoznanie zaburzenia schizoafektywnego opiera się na analizie podłużnej, a nie przekrojowej, obrazu klinicznego, a więc na przesłankach podobnych do stosowanych w rozpoznawaniu schizofrenii, zaburzenia dwubiegunowego oraz większego zaburzenia depresyjnego. Zaburzenie schizoafektywne zajmuje pozycję pośrednią między wymienionymi psychozami. Zmianę wprowadzono też po to, by podnieść rzetelność, stabilność i trafność rozpoznania tego zaburzenia. Nie podważa to znaczenia problemu klinicznego, polegającego na występowaniu u pacjenta objawów psychiatrycznych i afektywnych w tym samym okresie lub w różnych okresach choroby.



## Zaburzenie urojeniowe

W kryterium A zaburzenia urojeniowego zniesiono wymóg, by urojenia nie były dziwaczne. Zachowano jednak ciągłość z DSM-IV, co znajduje wyraz w uszczegółowieniu: zaburzenie urojeniowe – „z treściami dziwacznyimi”. Dzięki dokładnie sformułowanemu kryterium wyłączenia wytyczono wyraźne rozgraniczenie zaburzenia urojeniowego od psychotycznych postaci zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego oraz cielesnego zaburzenia dysmorficznego. Jako kryterium diagnostyczne przyjęto, że objawy nie odpowiadają bardziej takim stanom, jak zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne lub cielesne zaburzenie dysmorficzne z brakiem wglądu lub z przekonaniami urojeniowymi. W DSM-5 zaniechano odrębnego rozpoznawania zaburzenia urojeniowego i udzielonego zaburzenia urojeniowego. Jeśli spełnione są kryteria zaburzenia urojeniowego, to się je rozpoznaje. Jeśli nie można postawić takiego rozpoznania, a występują udzielone przekonania urojeniowe, to należy rozpoznać inne określone zaburzenie należące do spektrum schizofrenii i inne zaburzenie psychotyczne.

## Katatonia

Obowiązują te same kryteria katatonii, niezależnie od tego, czy odnoszą się do zaburzenia psychotycznego, zaburzenia dwubiegunowego, zaburzenia depresyjnego lub innego schorzenia medycznego lub nieokreślonego stanu medycznego. W DSM-IV do rozpoznania katatonii wystarczały co najmniej dwa z pięciu objawów, gdy występowały zaburzenia psychotyczne lub nastroju, a tylko jeden objaw w przypadku stanu ogólnomedycznego. W DSM-5 przyjęto, że do rozpoznania katatonii muszą występować co najmniej trzy objawy katatoniczne (z ogólnej liczby dwunastu charakterystycznych objawów). Zgodnie z DSM-5 katatonię można wymienić jako uszczegółowienie zaburzenia depresyjnego, dwubiegunowego oraz zaburzeń psychotycznych; można ją też diagnozować odrębnie w przebiegu innego stanu medycznego lub w innych określonych stanach.

# DSM-5<sup>®</sup>

## Zaburzenia należące do spektrum schizofrenii i inne zaburzenia psychotyczne: kody ICD-9-CM i ICD-10-CM

Zaburzenie	ICD-9-CM	ICD-10-CM
Zaburzenie schizotypowe (Osobowość schizotypowa)	301.22	F21
Zaburzenie urojeniowe	297.1	F22
Krótkotrwałe zaburzenie psychotyczne	298.8	F23
Zaburzenie pod postacią schizofrenii (schizofrenoformiczne)	295.40	F20.81
Schizofrenia	295.90	F20.9
Zaburzenia schizoafektywne		
typ dwubiegunowy	295.70	F25.0
typ depresyjny	295.70	F25.1
Zaburzenie psychotyczne wywołane substancją/lekiem	zob. tab. s. XIV	
Zaburzenie psychotyczne spowodowane innym stanem ogólnomedycznym		
z urojeniami	293.81	F06.2
z halucynacjami	293.82	F06.0
Katatonია		
Katatonია związana z innym zaburzeniem psychicznym (Katatonია jako uszczegółowienie)	293.89	F06.1
Zaburzenie katatoniczne spowodowane stanem ogólnomedycznym	293.89	F06.1
Katatonია nieokreślona	293.89	F06.1
Inne określone zaburzenie ze spektrum schizofrenii i inne zaburzenie psychotyczne	298.8	F28
Nieokreślone zaburzenie ze spektrum schizofrenii i inne zaburzenie psychotyczne	298.9	F29

**Zaburzenie psychiatryczne wywołane substancją lub lekiem**

	ICD-9-CM	ICD-10-CM		
		Z łagodnym zaburzeniem używania	Z umiarkowanym lub ciężkim zaburzeniem używania	Bez zaburzenia używania
Alkohol	291.9	F10.159	F10.259	F10.959
Konopie indyjskie	292.9	F12.159	F12.259	F12.959
Fencyklidyna	292.9	F16.159	F16.259	F16.959
Inny halucynogen	292.9	F16.159	F16.259	F16.959
Substancja wziewna	292.9	F18.159	F18.259	F18.959
Lek uspokajający, nasenny lub przeciwlękowy	292.9	F13.159	F13.259	F13.959
Amfetamina (lub inna substancja pobudzająca)	292.9	F15.159	F15.259	F15.959
Kokaina	292.9	F14.159	F14.259	F14.959
Substancja inna (lub nieznaną)	292.9	F19.159	F19.259	F19.959

# DSM-5

## SELECTIONS

### Zaburzenia należące do spektrum schizofrenii i inne zaburzenia psychotyczne w DSM-5<sup>®</sup>

*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5<sup>®</sup>, wyd. 5)*

Zaburzenia należące do spektrum schizofrenii i inne zaburzenia psychotyczne obejmują schizofrenię, inne zaburzenia psychotyczne i zaburzenie schizotypowe (osobowości). Charakteryzują się zmianami patologicznymi w zakresie co najmniej jednej z następujących pięciu domen: urojenia, omamy, dezorganizacja myślenia (mowy), znacznie zdezorganizowane lub nieprawidłowe zachowanie ruchowe (w tym katatonia) oraz objawy negatywne.

### Najważniejsze objawy charakterystyczne dla zaburzeń psychotycznych

---

#### **Urojenia**

Urojenia to utrwalone przekonania niepoddające się zmianom, mimo przytaczania dowodów błędności. Różnaita bywa ich tematyka (np. urojenia prześladowcze, odnoszące, somatyczne, religijne, wielkościowe). Najczęstsze są urojenia prześladowcze (tj. przekonanie, że ktoś, jakaś organizacja lub inna grupa szkodzi, nęka itp.). Często są też urojenia odnoszące (tj. przekonanie, że pewne gesty, wypowiedzi i inne sygnały z otoczenia są kierowane do pacjenta). Spotyka się też urojenia wielkościowe (tj. przekonania o własnych ponadprzeciętnych zdolnościach, posiadaniu ogromnych bogactw lub wielkiej sławy) i urojenia zakochania (tj. fałszywe przekonanie o tym, że jest się kochanym przez kogoś). Treść urojenia nihilistycznego odnosi się do przekonania o znikaniu lub ostatecznym zniknięciu jakiegoś fragmentu rzeczywistości (mnie, bliskich, ludzi, świata, kosmosu), a urojenia somatycznego – do spraw zdrowia i czynności narządów ciała. Urojenia nihilistyczne należą do urojeń depresyjnych, ale nie wyczerpują ich zakresu.

Jako dziwaczne określa się takie urojenia, których treść jest nieprawdopodobna i niewiarygodna dla osób z tego samego środowiska kulturowego, a ponadto ich treść nie ma związku ze zwykłym, codziennym doświadczeniem życiowym. Przykładem urojenia dziwaczego jest przekonanie o tym, że jakaś siła zewnętrzna usunęła organy ciała i zastąpiła je czyimiś narządami bez pozostawienia jakichkolwiek zranień lub blizn. Przykładem urojenia niedziwaczego jest przekonanie, że jest się

śledzonym przez policję (mimo braku przekonujących dowodów na jego prawdziwość). Na ogół za dziwaczne uważa się takie urojenia, których treść wyraża utratę kontroli nad ciałem lub umysłem, np. przekonania o „usuwaniu” własnych myśli przez jakąś siłę zewnętrzną (odciąganie myśli), o umieszczeniu w umyśle obcych myśli (nasyłanie myśli), o narzucaniu postępowania i kierowania ciałem przez jakąś siłę zewnętrzną (urojenie kontroli). Niekiedy trudno odróżnić urojenie od głęboko żywionego przekonania; o kwalifikacji częściowo przesądza ocena, czy przekonanie jest podtrzymywane mimo jasnych i solidnych dowodów na jego błędność.

## **Omamy**

Omamy są to objawy podobne do spostrzegania, ale powstają bez zewnętrznego bodźca działającego na narząd zmysłu. Omamy są wyraźne i realistyczne, pod względem intensywności i oddziaływania nie różnią się od normalnych spostrzeżeń. Nie podlegają kontroli woli. Dotyczą każdego narządu zmysłu. W schizofrenii i zaburzeniach pokrewnych najczęstsze są omamy słuchowe. Przeważnie są to głosy osób znanych lub nieznanymi. W odbiorze wyraźnie odróżniają się od własnych myśli. Omamy występują na ogół przy jasnej świadomości. Za normalne uważa się omamy pojawiające się podczas zasypiania (omamy hipnagogiczne) i budzenia się (omamy hipnopompiczne). W pewnych kulturach omamy należą do normalnego rytuału religijnego.

## **Dezorganizacja myślenia (mowy)**

O dezorganizacji myślenia (formalnym zaburzeniu myślenia) zwykle wnioskuje się na podstawie wypowiedzi. Osoba może zmieniać temat wypowiedzi (niedokojarzenie, „zbaczenie z toru”). Odpowiedzi mogą mieć tylko luźny związek lub nie mieć żadnego związku z treścią pytania (oderwanie, uskokowość myślenia). Rzadko dezorganizacja mowy jest tak głęboka, że prawie nie można jej zrozumieć; przypomina to dezorganizację mowy w afazji receptywnej (niespójność myślenia, czyli „sałata słowna”). Łagodna dezorganizacja mowy jest zjawiskiem częstym i nieswoistym, dlatego za objaw psychopatologiczny uznaje się takie jej nasilenie, które wyraźnie zakłóca efektywną komunikację. Ocena ciężkości upośledzenia bywa trudna, szczególnie gdy badający pochodzi z innego środowiska językowego niż osoba badana. Mniej nasiloną dezorganizacją myślenia może występować w okresie prodromalnym i/lub rezydualnym schizofrenii.

## **Znacznie zdezorganizowane lub nieprawidłowe zachowanie ruchowe (włącznie z katatonią)**

Znacznie zdezorganizowane lub nieprawidłowe zachowanie ruchowe objawia się rozmaicie, od dziecinnej „wesołkowatości” do niespodziewanego podniecenia. Występują różne problemy dotyczące celowego zachowania, które skutkują trudnościami w wykonywaniu codziennych obowiązków i zadań.

Zachowanie katatoniczne wyraża się znacznym ograniczeniem interakcji z otoczeniem. Zmiany manifestują się takimi objawami, jak opór wobec poleceń (negatywizm), utrzymywanie sztywnej, nieprawidłowej i nienaturalnej pozycji ciała, całkowity brak wypowiedzi i ruchów (mutyzm i osłupienie). Bez uchwytnej przy-

---

*Zaburzenia należące do spektrum schizofrenii i inne zaburzenia psychotyczne to kolejna pozycja z serii DSM-5® Selections, publikacji książkowych, z których każda jest poświęcona zaburzeniom opisanym całościowo w DSM-5® Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.*

W niniejszej części omówiono proces rozpoznawania zaburzeń należących do spektrum schizofrenii i innych zaburzeń psychotycznych. Książka jest bezcennym uzupełnieniem pozostałych publikacji z serii DSM-5® Selections, a także stanowi istotny wkład w rozwój wiedzy z zakresu zdrowia psychicznego.

Treść publikacji opiera się na starannie wybranym materiale dotyczącym psychoz, który zaczerpnięto z:

- podręcznika *DSM-5® Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, wyd. V (*Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5®*)
- *DSM-5® Guidebook* (Przewodnik po DSM-5®)
- *DSM-5® Clinical Cases* (Przypadki kliniczne według DSM-5®)
- *DSM-5® Self-Exam Questions* (Pytania kontrolne i odpowiedzi do pytań kontrolnych – z objaśnieniami)



[www.appi.org](http://www.appi.org)



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