

**F20-F29 ШИЗОФРЕНИЯ,
ШИЗОТИПНИ И НАЛУДНИ
РАЗСТРОЙСТВА**

ПРЕГЛЕД НА ТОЗИ РАЗДЕЛ

F20 Шизофрения

- F20.0 Параноидна шизофрения
- F20.1 Хебефренна шизофрения
- F20.2 Кататонна шизофрения
- F20.3 Недиференцирана шизофрения
- F20.4 Постшизофренна депресия
- F20.5 Резидуална шизофрения
- F20.6 Проста шизофрения
- F20.8 Друга
- F20.9 Неуточнена

Начин на протичане:

- F20.X0 непрекъснато
- F20.X1 епизодично с прогресиращ дефицит
- F20.X2 епизодично с устойчив дефицит
- F20.X3 епизодично ремитиращо
- F20.X4 непълна ремисия
- F20.X5 пълна ремисия
- F20.X8 друго
- F20.X9 период на наблюдение, по-малък от година

F21 Шизотипно разстройство

F22 Персистиращи налудни разстройства

- F22.0 Налудно разстройство
- F22.8 Друго
- F22.9 Неуточнено

F23 Остри и преходни психотични разстройства

F23.0 Остро полиморфно психотично разстройство (без симптоми на шизофрения)

- .00 несвързано с остър стрес
- .01 свързано с остър стрес

F23.1 Остро полиморфно психотично разстройство със симптоми на шизофрения

- .10 несвързано с остър стрес
- .11 свързано с остър стрес

F23.2 Остро шизофреноподобно психотично разстройство

- .20 несвързано с остър стрес
- .21 свързано с остър стрес

F23.3 Друго остро, предимно налудно психотично разстройство

- .30 несвързано с остър стрес
- .31 свързано с остър стрес

F23.8 Друго

F23.9 Неуточнено

F24 Индуцирано налудно разстройство

F25 Шизоафективни разстройства

F25.0 Шизоафективно разстройство, маниен тип

F25.1 Шизоафективно разстройство, депресивен тип

F25.2 Шизоафективно разстройство, смесен тип

F25.8 Друго

F25.9 Неуточнено

F28 Други неорганични психотични разстройства

F29 Неорганична психоза, неуточнена другояче

**F20-F29 ШИЗОФРЕНИЯ,
ШИЗОТИПНИ И НАЛУДНИ РАЗСТРОЙСТВА**

Шизофренията е най-често срещаният и най-важен представител на тази група. Шизотипното разстройство притежава много от характерните черти на шизофрениите разстройства и вероятно е свързано с тях генетично, но при него отсъствуват халюцинациите, налудностите и грубите поведенчески нарушения на шизофренията, поради което то не винаги е предмет на лечебно внимание. Повечето от налудните разстройства вероятно нямат връзка с шизофренията, макар че трудно се различават от нея клинично, особено в ранните им стадии. Те представляват хетерогенна и недостатъчно изучена група от разстройства, която за удобство може да се подраздели, според типичното им времетраене, на група от персистиращи налудни разстройства и по-голяма група от остри и преходни психотични разстройства. Последните изглежда са особено чести в развиващите се страни. Изброените тук подразделения трябва да се разглеждат като провизорни. Шизоафективните разстройства запазват мястото си в този раздел, въпреки противоречията относно тяхното естество.

F20 ШИЗОФРЕНИЯ

Шизофрениите разстройства най-общо се характеризират с фундаментални и характерни отклонения в мисленето и възприятията, и с афект, който е или несъответен или притъпен. Яснотата на съзнанието и интелектуалните възможности обикновено са запазени, въпреки че с течение на времето може да настъпи известен когнитивен дефицит. Нарушенията засягат най-основните функции, които дават на здравия човек чувство за индивидуалност, неповторимост и самостоятелност. Най-интимните мисли, чувства и действия често се преживяват като узнавани от или споделени с околните, поради което могат да се развият обяснителни налудности в смисъл, че са налице естествени или свръхестествени сили, които влияят върху мислите и постъпките на заболялия по начини, които често са нелепи. Болките могат да се преживяват като средоточие на всички събития. Халюцинациите - особено слухови - са чести и могат да коментират поведението или мислите на лицето. Възприятната дейност е често нарушена и по други начини: цветовете или звуците могат да изглеждат необичайно ярки или качествено променени, а маловажни особености на обикновени неща да се възприемат като по-значими от предмета като цяло или от ситуацията. В ранния период често се наблюдава недоумение, което води до убеждението, че всекидневни ситуации притежават особен, обикновено зловещ смисъл, предназначен единствено за болния. При характерното шизофренично разстройство на мисленето, периферни и несъществени елементи на дадено понятие, които при нормална целенасочена мисловна дейност се подтискат, излизат на преден план и се използват вместо онези, които са съществени и съответни на ситуацията. Така мисленето става неясно, незавършено и непроницаемо, а изразяването му в речта

е понякога неразбираемо. Прекъсванията или вмятанията в потока на мисленето са чести, като мислите понякога се преживяват като отнемани от външна сила. Настроението обикновено е с намалена амплитуда, непостоянно или несъответно. Амбивалентността и разстройствата на волята могат да се проявяват като инертност, негативизъм или ступор. Може да е налице кататонния. Началото на заболяването може да бъде остро, със сериозни нарушения на поведението или подмолно, с постепенно развитие на странни идеи и поведение. Протичането също показва голямо разнообразие и в никакъв случай не е неизбежно хронично или водещо до упадък (протичането се уточнява чрез пети кодов знак). В известен процент от случаите, който може да варира в различните култури и популации, изходът е пълно, или почти пълно, възстановяване. Двата пола се засягат приблизително еднакво, но началото на заболяването е с тенденция да настъпва по-късно при жените.

Въпреки че не се установяват патогномни симптоми в строг смисъл, от практическа гледна точка е полезно гореописаните симптоми да се разделят на групи, които имат особено значение за диагнозата и често се възникват заедно, като:

- (1)Ехо на мисълта, вмъкване или отнемане на мисли, предаване на мисли;
- (2)Налудности за контрол, въздействие или пасивност, отнасяни конкретно към движения на тялото или крайниците или към определени мисли, действия или усещания; налудно възприятие;
- (3)Халюцинаторни гласове, поддържащи текущ коментар за поведението на болния или обсъждащи го помежду си, или други халюцинаторни гласове, които идват от някоя част на тялото;
- (4)Други персистиращи налудности, които са културално несъответни и невероятни, като особен религиозен или политически идентитет, свръхчовешка власт или способности (например способност да управлява климата или да е във връзка с чуждоземци от друг свят);
- (5)Персистиращи халюцинации в коя да е модалност, когато се придружават от бързопреходни или полуоформени налудности без ясно афективно съдържание или от персистиращи свръхценни идеи, или когато се появяват ежедневно в продължение на седмици или месеци;
- (6)Прекъсвания или вмятания в потока на мисълта, които водят до разкъсана или несъответна реч, или неологизми;
- (7)Кататонно поведение - възбуда, пози или восъчна гъвкавост, негативизъм, мутизъм или ступор;
- (8)“Негативни” симптоми, като изразена апатия, бедност на речта а притъпяване или несъответност на емоционалните реакции (те обикновено водят до себезатваряне и снижение на социалното функциониране). Трябва да е изяснено, че те не се дължат на депресия или невролептично лечение.

Диагностични указания

Обикновеното изискване за диагноза шизофрения е, че в по-голямата част от времето за период от най-малко един месец, трябва със сигурност да са били налице като минимум един ясно изразен симптом (а обикновено два или повече, ако не са така ясно изразени) от която и да било от изброените по-горе групи (1) до (4), или симптоми от поне две от групите (5) до (8), Състояния, които отговарят на изискването за наличие на определени симптоми, но са с продължителност под един месец (независимо от това, дали са лекувани или не) , първоначално се диагностицират като остро шизофреноподобно психотично разстройство (F23.2) и се прекласират като шизофрения, ако симптомите персistirат за по-дълъг период от време.

Погледнато ретроспективно е възможно да се установи, че началото на психотичните симптоми се предхожда от седмици или дори месеци на една продромна фаза със симптоми и поведение, като загуба на интерес към работата, социалните дейности и външния вид и хигиена, заедно с генерализирана тревожност и леки степени на депресия. Поради трудността да се определи началото във времето, критерият за изисквана продължителност от един месец се отнася само до изброените по-горе специфични симптоми, а не до продромалната непсихотична фаза.

Диагноза шизофрения не трябва да се поставя при наличие на изразени депресивни или манийни симптоми, освен ако е установено, че шизофрениите симптоми са предшествували появата на афективните нарушения. Ако шизофрениите и афективни симптоми възникват заедно и са равностойно изразени, то в такъв случай трябва да се постави диагноза шизоафективно разстройство (F25), дори и ако шизофрениите симптоми сами по себе си биха представлявали достатъчно основание за диагноза шизофрения. Шизофрения не трябва да се диагностицира и при наличие на манифестно мозъчно заболяване или по време на интоксикация с вещества или абстиненция. Подобни разстройства, възникващи при епилепсия или друго мозъчно заболяване се кодират под F06.2, а тези, причинени от психоактивни вещества - под F1x.5.

Начин на протичане

Протичането на шизофрениите разстройства може да бъде класифицирано е помощта на пети кодов знак:

F20.X0 непрекъснато

F20.X1 епизодично с прогресиращ дефицит

F20.X2 епизодично с устойчив дефицит

F20.X3 епизодично ремитентно

F20.X4 непълна ремисия

F20.X5 пълна ремисия

F20.X8 друго

F20.X9 период на наблюдение по-малък от година

F20.0 ПАРАНОИДНА ШИЗОФРЕНИЯ

Това е най-честият тип шизофрения е повечето райони на света. Клиничната картина се владее от относително устойчиви налудности, обикновено придружени от халюцинации. особено слухови. Нарушенията на афекта, волята и речта и кататонните симптоми не са подчертани.

Примери за най-честите параноидни симптоми са:

(1)Налудности за преследване, отношение, знатен произход, особена мисия, телесна промяна или ревност;

(2)Халюцинаторни гласове, заплашващи или заповядващи на болния, или вербално неоформени слухови халюцинации, например подсвирквания, тананикане или смях;

(3)Обонятелни или вкусови халюцинации, или халюцинации, свързани със, сексуални или други телесни усещания. Срещат се и зрителни халюцинации, но те рядко преобладават.

Мисловното разстройство може да бъде очевидно при острите състояния, но дори и когато е налице, то не пречи типичните налудности или халюцинации да бъдат описвани ясно от болния. Обикновено афектът е по-малко притъпен в сравнение с другите форми на шизофрения, но често се среща известна несъответност, както и нарушения на настроението като раздразнителност, внезапен гняв, страхливост и подозрителност. "Негативни" симптоми, като притъпяване на афекта и волеви нарушения, често са налице, но те не преобладават в клиничната картина.

Протичането на параноидната шизофрения може да бъде епизодично, с частични или пълни ремисии, или хронично. При последното продуктивните симптоми персистират с години и отделни епизоди се разграничават трудно. Началото на заболяването е обикновено по-късно, отколкото при хебефрениата и кататонната форма.

Диагностични показания

Общите критерии за диагноза шизофрения (виж F20) трябва да бъдат удовлетворени. Освен това, халюцинациите и/или налудностите трябва да бъдат подчертани, а разстройствата на афекта, волята, речта и кататонните симптоми да са относително слабо проявени. Обикновено халюцинациите са от разновидностите, описани по-горе в (2) и (3). Налудностите могат да бъдат почти от всякакъв вид, но най-характерни са налудностите за контрол, въздействие или пасивност, както и разнообразни идеи за преследване.

При диференциалната диагноза е важно да се изключат епилептични и предизвикани от психоактивни вещества психози, и да не се забравя, че налудностите за преследване могат да бъдат с малко диагностично тегло при хора от определени страни и култури.

Включва: парафрениа шизофрения

F20.1 ХЕБЕФРЕННА ШИЗОФРЕНИЯ

Форма на шизофрения, при която изпъкват афективните изменения, налудностите и халюцинациите са бързопреходни и фрагментарни, поведението е безотговорно и непредсказуемо, а маниеризмите са чести. Настроението е с малка амплитуда, несъответно и често се придружава от кикот или самодоволно самовглъбена усмивка, високомерни пози, гримаси, маниеризми, нелепи шеги, хипохондрични оплаквания и рентерирани фрази. Мисълта е дезорганизирана, а речта - разнопосочна и несъгласувана. Налице е склонност към усамотяване и поведението изглежда изпразнено от цели и чувства. Тази форма на шизофрения обикновено започва между 15 и 25 години и е с тенденция към неблагоприятна прогноза, поради бързото развитие на "негативни" симптоми, най-вече афективно изравняване и загуба на волева активност.

Освен горепосоченото, афективните и волевите нарушения, както и мисловното разстройство, трябва да бъдат подчертани. Халюцинации и налудности могат да са налице, но не са силно изразени. Подтиците и целенасочеността са загубени и стремежите - изоставени, така че поведението на пациента е обикновено безцелно и лишено от мотиви. Повърхностното и маниерно занимание с религия, философия и други абстрактни теми може да усилва затрудненията на слушателя да следва нишката на мисълта.

Диагностични указания

Общите критерии за диагноза шизофрения (виж F20) трябва да бъдат удовлетворени. По правило, хебефрениа се диагностицира за първи път само при юноши или млади хора.

Преморбидната личност често, но не винаги, се отличава със себенеувереност и самотност. Поставянето на сигурна диагноза хебефрениа обикновено изисква период на непрекъснато наблюдение от два-три месеца, за да се установи достатъчно убедително, че описаното по-горе характерно поведение е трайно.

Включва: Дезорганизирана шизофрения.

F20.2 КАТАТОННА ШИЗОФРЕНИЯ

Подчертаните психомоторни нарушения са съществена и доминираща особеност. Те могат да алтернират между такива крайности като хиперкинеза и ступор, или автоматична подчиняемост и негативизъм. Неудобни пози и положения могат да се поддържат продължително време. Епизодите на бурна възбуда могат да бъдат особено впечатляваща черта на заболяването.

По неизяснени причини кататонната шизофрения сега се среща рядко в индустриализираните страни, макар че продължава да е сравнително честа в другите части на света.

Диагностични указания

Общите критерии за диагноза шизофрения (виж F20) трябва да бъдат удовлетворени. Единични кататонни симптоми могат да се появяват преходно при всеки друг под тип на шизофренията. За да бъде поставена диагнозата кататонна шизофрения, клиничната картина трябва да се доминира от едно или повече от следните нарушения при каквато и да е последователност:

- (1) Ступор (силно изразено намаление на реактивността спрямо околната среда и редукция на спонтанните движения и дейност) или мутизъм;
- (2) Възбуда (видимо безцелна двигателна дейност, която не се влияе от външни стимули);
- (3) Застиване във фиксирани пози (спонтанно заемане и поддържане на несъответни или причудливи пози);
- (4) Негативизъм (видимо лишена от мотиви съпротива срещу всякакви нареждания или срещу опити за извършване на пасивно движение, или пък ответно движение в противоположна посока);
- (5) Ригидност (поддържане на ригидна поза пряко опитите за пасивното ѝ променяне);
- (6) Восъчна гъвкавост (задържане на крайниците и тялото в наложено от друг положение);
- (7) Други симптоми, като заповеден автоматизъм (автоматично изпълнение на нареждания) и персеверация на думи и фрази.

При неконтактни лица с поведенчески прояви на кататонно разстройство може да се наложи диагнозата шизофрения да остане условна до получаването на съответни данни за наличието на други симптоми. Особено важно е да се знае, че кататонните симптоми не са диагностично специфични за шизофренията. Кататонни симптоми могат да се предизвикват също от мозъчни заболявания, обменни разстройства, алкохол и други психоактивни вещества, а също така да се наблюдават и при разстройства на настроението.

Включва: шизофренна каталепсия, шизофренна кататония, шизофренна *flexibilitas cerea*.

F20.3 НЕДИФЕРЕНЦИРАНА ШИЗОФРЕНИЯ

Състояния, удовлетворяващи общите диагностични критерии за шизофрения (виж F20), но не отговарящи на нито един от горните подтипове, или пък показващи чертите на повече от един от тях, но без ясно преобладаване на която и да било съвкупност от диагностични признаци. Тази рубрика трябва да се използва само при психотични състояния (т.е. тя изключва резидуалната шизофрения и постшизофренната депресия) и то след като е напразен опит състоянието да се отнесе към някоя от горните три категории.

Диагностични указания

Към този подтип се отнасят пациенти, които:

- (1) отговарят на диагностичните критерии за шизофрения;
- (2) не отговарят на критериите за параноиден, хебефренен или кататонен подтип;
- (3) не отговарят на критериите за резидуална шизофрения или постшизофренна депресия.

Включва: атипична шизофрения.

F20.4 ПОСТШИЗОФРАННА ДЕПРЕСИЯ

Депресивен епизод, който може да бъде продължителен, възникващ при отзвучаването на шизофрениен пристъп. Някои шизофренини симптоми трябва все още да са налице, но те вече не доминират клиничната картина. Тези персистиращи шизофренини симптоми могат да бъдат "позитивни" или "негативни", макар последните да са по-чести. Не е сигурно, нито пък е решаващо за диагнозата, доколко депресивните симптоми са просто демаскирани от отзвучаването на предшестващите ги психотични симптоми (а не са новопоявило се разстройство), и доколко те са присъща съставка на шизофренията, а не психологична реакция спрямо нея. Те рядко биват така тежки или екстензивни, че да удовлетворят критериите за тежък депресивен епизод (F3 2.2 и .3). Често е трудно да се реши, кои симптоми се дължат на депресия, кои на невролептичното лечение и кои на хипобулия и афективна изравненост вследствие самата шизофрения. Това депресивно разстройство е свързано с повишен риск от самоубийство.

Диагностични указания

Тази диагноза се поставя само ако:

- (1) пациентът е прекарал през последните 12 месеца шизофрениен пристъп, отговарящ на общите критерии за шизофрения (F20);
- (2) някои шизофренини симптоми са все още налице;
- (3) депресивните симптоми са изразени и мъчителни за болния, отговарят на критериите за депресивен епизод (F32.-) и са били налице най-малко 2 седмици. Ако при пациента не се установяват вече никакви шизофренини симптоми, трябва да се постави диагнозата депресивен епизод (F32). Ако шизофренините симптоми са все още ярки и подчертани, трябва да остане диагнозата на съответния шизофрениен подтип (F20.0, 20.1, 20.2 или 20.3).

F20.5 РАЗИДУАЛНА ШИЗОФРЕНИЯ

Хроничен стадий в развитието на шизофрениното разстройство, при който е ясно очертан преходът от ранния стадий (включващ един или повече епизоди с психотични симптоми, удовлетворяващи общите критерии за шизофрения, описани по-горе) към по-късен стадий, който се характеризира с дълготрайни, макар и не непременно необратими, "негативни" симптоми и функционални нарушения.

Диагностични указания

За поставянето на сигурна диагноза трябва да са удовлетворени следните изисквания:

- (1) Изразени "негативни" шизофренини симптоми, например психомоторна забавеност; хипоактивност; притъпен афект; пасивност и безинициативност; бедна по количество или съдържание реч; бедна невербална комуникация посредством лицев израз, поглед, модуляция на гласа и поза; лошо самообслужване и обедняло социално поведение;
- (2) Данни за прекаран в миналото отчетлив психотичен епизод, отговарящ на диагностичните критерии за шизофрения;
- (3) Период от поне една година, през който интензитетът и честотата на продуктивните симптоми, като налудности и халюцинации, са били минимални или значително редуцирани, и през който "негативният" шизофрениен синдром е бил налице;
- (4) Отсъствие на деменция или друга органична мозъчна патология; отсъствие на хронична депресия или институционализъм, които биха могли да обяснят негативните нарушения.

Ако не е възможно да се получат адекватни анамнестични данни за болния и поради това е невъзможно да се установи, дали някога заболяването е отговаряло на критериите за шизофрения, може да се наложи поставянето на провизорна диагноза резидуална шизофрения.

Включва: хронична недиференцирана шизофрения; "Restzustand"; шизофренино резидуално състояние.

F20.6 ПРОСТА ШИЗОФРЕНИЯ

Рядко разстройство, при което са наблюдава подмолно, но прогресиращо развитие на странности а поведението, невъзможност за справяне със социалните изисквания и упадък на цялостната житейска дейност. Налудности и халюцинации не се установяват и разстройството не е така очевидно психотично, както хебефренната или кататонната форма на шизофрения. Характерните за резидуалната шизофрения “негативни” характеристики (например притъпяване на афекта, абулия и т.н.) се развиват без да се предхождат от каквито и да било манифестни психотични симптоми. С напредващото социално обедняване може да се стигне до скитничество и болният става все по-самовглъбен, бездеен и лишен от цели.

Диагностични указания

Диагнозата проста шизофрения трудно се поставя със сигурност, защото тя зависи от установяването на бавно прогресиращо развитие на характерните за резидуалната шизофрения “негативни” симптоми (виж F20.5), но без анамнеза за халюцинации, налудности или други прояви на по-ранни психотични епизоди.

Включва: шизофрения симплекс.

F20.8 ДРУГА ШИЗОФРЕНИЯ

Включва: сенестопатна шизофрения.

Изключва: остра шизофрения (F23.2); циклична шизофрения (F25.2); латентна шизофрения (F23.2).

F20.9 ШИЗОФРЕНИЯ, НЕУТОЧНЕНА

F21 ШИЗОТИПНО РАЗСТРОЙСТВО

Разстройство, което се характеризира с ексцентрично поведение и аномалии на мисленето и афекта, наподобяващи тези при шизофрения, но на нито един стадий от развитието на това разстройство не възникват истински и характерни шизофренични нарушения, Липсва някакво доминиращо или типично нарушение, но всяка от следните прояви може да бъде налице:

- (1) студен и дистантен афект, който често се придружава от анхедония;
- (2) странно, ексцентрично, причудливо поведение или външен вид;
- (3) слаба комуникативна връзка с околните и склонност към социална самоизолация;
- (4) себеотносни идеи, параноидни мисли, или нелепи, фантастични убеждения и аутистична самовглъбеност, които обаче не стигат до истински налудности;
- (5) натрапливо умствено предъвкване без вътрешна съпротива, често с дисморфофобно, сексуално или агресивно съдържание;
- (6) епизодични соматосензорни илюзии и деперсонализационни или дереализационни изживявания;
- (7) неясно, обстоятелствено, метафорично, резоньорско, и често стереотипно, мислене и реч, без груба разкъсаност или несъответност; /8/ редки, бързопреходни, квази-психотични епизоди с интензивни илюзии, слухови или други халюцинации и налудообразни идеи, които обикновено настъпват без външен повод.

Разстройството е с хроничен ход и флукутираща интензивно някога то еволюира към манифестна шизофрения. Няма ясно установило начало, а развитието и протичането му

обикновено са като тези на едно личностово разстройство. Среща се по-често у лица, генетично свързани с шизофренно болни и се приема, че е част от генетичния "спектър" на шизофренията.

Диагностични указания

Тази диагностична рубрика не се препоръчва за широка употреба, тъй като тя не може ясно да се отграничи нито от простата шизофрениа, нито от шизоидното и параноидното, личностово разстройство. Ако този термин се използва, то поне три или четири от типичните признаци, изброени по-горе, трябва да са били налице постоянно или епизодично поне в продължение на две години. При лицето никога не трябва да са били удовлетворени критериите за шизофрениа. Анамнеза за шизофрениа у първостепенен родственик придава допълнителна тежест на диагнозата, но не е необходимо условие за поставянето ѝ.

Включва: латентна шизофрениа; латентна шизофренна реакция; гранична шизофрениа; преспихотична шизофрениа; продромална шизофрениа; псевдоневротична шизофрениа; псевдопсихопатна шизофрениа; шизотипно личностово разстройство.

Изключва: шизоидно личностово разстройство (F60.1); синдром на Asperger (F84.5).

F22 ПЕРСИСТИРАЩИ НАЛУДНИ РАЗСТРОЙСТВА

Тази група включва различни разстройства, чиято единствена или най-изявена клинична особеност е наличието на дълготрайни налудности и които не могат да се класифицират като органични, шизофрении или афективни. Вероятно е те да са хетерогенна група заболявания, но изглежда не са свързани с шизофренията. Относителното значение на генетичните фактори, личностовите особености и житейските обстоятелства в техния произход е неизяснено и вероятно варира от случай до случай.

F22.0 НАЛУДНО РАЗСТРОЙСТВО

Група разстройства, които се отличават с развитието било на единична налудност, било на множество взаимосвързани налудности, които обикновено са трайни и понякога пожизнени. Съдържанието на налудността или налудностите е много разнообразно. Най-често те са персекюторни, хипохондрични или мегаломанни, но също така могат да бъдат кверулантни или ревностови, да изразяват убеждение за наличен дефект на собственото тяло, или че другите мислят, че болният издава миризма, или че е хомосексуален. Друга психопатология обикновено липсва, но интермитентно могат да възникват депресивни симптоми, а в някои случаи и да се появяват обонятелни и тактилни халюцинации. Ясните и трайни слухови халюцинации (гласове), шизофрениите симптоми, като налудности за въздействие и изразено притъпяване на афекта, както и сигурните данни за мозъчно заболяване, са несъвместими с тези диагноза. При все това, особено при възрастни пациенти, наличието на редки или преходни слухови халюцинации, които не са типично шизофрении и представляват само малка част от цялостната клинична картина, не изключва тази диагноза. Началото на заболяването обикновено е в средната възраст, но понякога, особено при случаите на налудност за телесен дефект, то е в млада възраст. Съдържанието на налудността и моментът на появата ѝ често могат да бъдат свързани с житейската ситуация на болния – например налудности за преследване често възникват у членове на малцинствени групи, с изключение на действията и нагласите, пряко свързани с налудността или с налудната система, афектът, речта и поведението са нормални.

Диагностични указания

Налудностите представляват единствената или най-изразената клинична характеристика. Налудността или налудностите трябва да са били налице най-малко в

продължение на 6 месеца, и да имат определено личен, а не субкултурен характер. Интерминентно могат да възникват депресивни симптоми или дори разгърнат депресивен епизод (F32), но при условие, че налудностите персистират и по време, когато липсва разстройство на настроението. Не трябва да има данни за мозъчно заболяване, слухови халюцинации (или само редки) и анамнеза за шизофрени симптоми (налудности за контрол, предаване на мисли и т.н.).

Включва: (късна) парафрения; параноя; параноидно състояние; параноидна психоза, неуточнена другояче; sensitiver Beziehungswahn.

F22.8 ДРУГИ ПЕРСИСТИРАЩИ НАЛУДНИ РАЗСТРОЙСТВА

Това е резидуална категория за персистиращи налудни разстройства, които не удовлетворяват критериите за налудно разстройство (F22.0). Тук се кодират разстройства, при които налудността или налудностите се съпровождат от трайни халюцинаторни гласове или от шизофрени симптоми, но които не са достатъчни за поставянето на диагноза шизофрения (F20). Налудни разстройства с времетраене по-малко от 3 месеца, обаче, трябва да се кодират - поне провизорно - в F23.

Включва: инволутивно параноидно състояние; кверулантна параноя.

F22.9 ПЕРСИСТИРАЩИ НАЛУДНИ РАЗСТРОЙСТВА, НЕУТОЧНЕНИ

F23 ОСТРИ И ПРЕХОДНИ ПСИХОТИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА УВОД

Все още няма системна клинична информация, която би дала сигурна насока за класификацията на острите психотични разстройства, а ограничените данни и клиничната традиция, които се налага да я заместят, не водят до създаването на понятия, които могат да бъдат ясно дефинирани и разделени едно от друго. При отсъствието на изпитана и проверена многоосева система, използваният тук метод за избягване на диагностично объркване е да се построи диагностична последователност, която отразява реда на приоритет, който трябва да се даде на избрани, ключови черти на разстройството. Използваният тук ред на приоритет на признаците е:

- (1) остро начало (в рамките на две седмици), като определяща черта за цялата група разстройства;
- (2) наличие на типични синдроми;
- (3) наличие на свързан с разстройството остър стрес.

Независимо от това, класификацията е така подредена, че тези, които не приемат това степенуване на предимствата, все пак ще могат да идентифицират острите психотични разстройства посредством тези избрани признаци. В допълнение се препоръчва, навсякъде където е възможно, да се използва и по-нататъшно подразделяне на началото на заболяването, като се обособят случаите на внезапно начало (в рамките на 48 часа) при всички разстройства от тази група.

Остро начало се дефинира като промяна от състояние без психотични черти към явно абнормно психотично състояние в рамките на един период от две седмици или по-малко. Има данни, говорещи че остро начало е свързано с добра прогноза и е възможно прогнозата да е толкова по-добра, колкото по-внезапно е началото. Затова се препоръчва, когато това е уместно, да се регистрира внезапното начало, като внезапно се дефинира като промяна, както при остро начало по-горе, но в рамките на период от 48 часа или по-малко.

Избраните типични синдроми са, първо, бързо изменящото се и вариабилно състояние, наречено тук "полиморфно", на което се отнежда особено място при острите психотични

състояния от авторитети в няколко различни страни, и второ, наличието на типични шизофрени симптоми.

Тук също се посочва свързан с разстройството остър стрес, поради традиционната му връзка с острите психози. Но малкото налични данни сочат, че значителна част от острите психотични разстройства възникват без наличие на остър стрес, поради което тук се дава възможност да се регистрира наличието или липсата на стрес. Приема се, че свързан с разстройството остър стрес означава поява на първите психотични симптоми в рамките на около две седмици след едно или повече събития, които могат да се приемат като стресови при подобни обстоятелства за повечето хора от същата културална група. Типични такива събития са траур, неочаквана загуба на партньор или работа, брак, или психотравми, свързани с бойни действия, тероризъм и изтезания. Дълготрайни трудности или проблеми не трябва да бъдат включвани като източник на стрес в този контекст.

Пълно възстановяване обикновено настъпва до два или три месеца, а нерядко и за няколко седмици или дори дни, като само малка част от пациентите с тези разстройства достигат до трайни и инвалидизиращи състояния. За съжаление, сегашното равнище на познание не позволява ранно прогнозиране на тази малка част от пациентите, които няма да се възстановят бързо.

При съставянето на тези клинични описания и диагностични указания се приема, че те ще бъдат използвани от клиницисти, на които можа да се наложи да диагностицират и лекуват пациенти с начало на разстройството едва от няколко дни или седмици, без да може да се предвиди неговата продължителност. Поради това са включени напомнания за границите във времето и за преходите от едно разстройство в друго, които предупреждават регистратора на диагнозите за нуждата да ги актуализира.

Номенклатурата при тези остри разстройства е толкова неустановена, колкото и техният нозологичен статус, но тук са прави опит да се използват прости и познати термини.

“Психотично разстройство” е термин, който се използва за удобство при всички единици от тази група (психотично се дефинира в общия увод а качалото на класификацията) с допълнителен квалифициращ термин, посочващ основната определяща особеност на всеки отделен тип, според реда на описаната по-горе последователност.

Диагностични указания

Нито едно от разстройствата в тази група не трябва да удовлетворява критериите за маниен (F30) или депресивен (F32) епизод, макар че понякога емоционалните промени И отделни ефективни симптоми могат да бъдат изразени.

Тези разстройства се дефинират също и чрез отсъствието на органични причини, като черепномозъчна травма, делир или деменция. Често са налице недоумение, самовглъбеност и невнимание към непосредствения разговор, но ако те са толкова изразени или трайни, че подсказват делир или деменция от органичен произход, диагнозата трябва да бъде отложена до изясняване на състоянието чрез изследвания или наблюдение. Също така, не трябва да се диагностицират разстройства в F23 при наличие на явна интоксикация с психоактивни вещества или алкохол. Незначителното увеличаване, обаче, на консумацията, например на алкохол или марихуана в последно време, без данни за тежка интоксикация или дезориентация, не трябва да изключва диагнозата на което и да било от тези остри психотични разстройства.

Важен момент, отнасящ се до критериите за 48 часа и 2 седмици, е че те не трябва да се тълкуват като времето на максимална тежест на разстройството, а като периоди, през които психотичните симптоми са очевидни и нарушават поне някои аспекти от всекидневния живот и работа на пациента. И в двата случая нарушенията могат да достигнат своя максимум по-късно; симптомите и нарушенията трябва само да са очевидни през посочените периоди, обикновено в смисъл, че те са наложили установяването на , контакт на пациента с медицински или други служби за помощ.

Продромални периоди на тревожност, депресия, затваряне в себе си или леко абнормно поведение не подлежат на включване в тези периоди от време.

Може да бъде използван пети кодов знак за уточняване дали острото психотично разстройство е свързано или не с остър стрес:

F23.X0 без остър стрес

F2 3.X0 свързано с остър стрес

Включва: остра (недиференцирана) шизофрения; bouffee delirante; циклоидна психоза; онейрофрения; параноидна реакция; психогенна (параноидна) психоза; реактивна психоза; шизофренна реакция; шизофреноподобен пристъп атака или психоза.

F23.0 ОСТРО ПОЛИМОРФНО ПСИХИЧНО РАЗСТРОЙСТВО(БЕЗ ШИЗОФРЕНИИ СИМПТОМИ)

Остро психотично разстройство с явни халюцинации, налудности и нарушения на възприятията, които, обаче, са твърде променливи и се сменят от ден на ден или дори от час на час. Често а налице емоционална буря с интензивни преходни чувства на щастие и екстаз или страх и раздразнителност. Тази полиморфна и нестабилна, променяща се клинична картина е характерна и макар че понякога отделни афективни или психотични симптоми могат да бъдат добре изразени, те не удовлетворяват критериите за маниен епизод (F30), депресивен епизод (F32) или шизофрения (F20). При това разстройство е особено вероятно внезапното начало (до 48 часа) и бързото отзвучаване на симптомите; при голяма част от случаите липсва очевиден преципитиращ стрес.

Ако симптомите продължат повече от три месеца, диагнозата трябва да се промени (Вероятно е персистиращо налудно разстройство (F22) или друго неорганично психотично разстройство (F28) да са най-подходящи диагнози.)

Диагностични указания

За сигурна диагноза:

- (1) началото трябва да бъде остро (от непсихотично състояние до явно психотично състояние за две седмици или по-малко);
- (2) трябва да са налице няколко типа халюцинации или налудности, с променящи се както тип, така и интензивност, от ден на ден или в един и същи ден;
- (3) трябва да има изменящо се по подобен начин емоционално състояние;
- (4) въпреки разнообразието от симптоми, сред тях не бива да има такива, които с достатъчна устойчивост да удовлетворяват критериите за шизофрения (F20) или за маниен или депресивен епизод (F30 или F32).

F23.1 ОСТРО ПОЛИМОРФНО ПСИХОТИЧНО РАЗСТРОЙСТВО С ШИЗОФРЕНИИ СИМПТОМИ

Остро психотично разстройство, което отговаря на описателните критерии за остро полиморфно психотично разстройство (F23.0), но при което освен това са налице типични шизофренини симптоми (F20).

Диагностични указания

За сигурна диагноза се изисква да бъдат удовлетворени критериите (1), (2) и (3), посочени за остро полиморфно психотично разстройство (F23.0) и в допълнение, през по-голямата

част от времето след оформянето на клиничната картина трябва да са налице симптоми, отговарящи на критериите за шизофрения (F20).

Ако шизофрениите симптоми продължават повече от един месец, диагнозата трябва да бъде променена на шизофрения (F20).

F23.2 ОСТРО ШИЗОФРЕНОПОДОБНО ПСИХОТИЧНО РАЗСТРОЙСТВО

Остро психотично разстройство, при което психотичните симптоми са сравнително устойчиви и удовлетворяват критериите за шизофрения (F20), но са с продължителност, по-малка от един месец. Може да © налице известна емоционална променливост или нестабилност, но не от степента, описана при остро полиморфно психотично разстройство (F23.0).

Диагностични указания

За сигурна диагноза:

(1) началото на психотичните симптоми трябва да бъде остро (две седмици или по-малко от непсихотично до явно психотично състояние);

(2) симптоми, които удовлетворяват критериите за шизофрения (F20), трябва да са били налице през по-голямата част от времето след установяване на очевидно психотична клинична картина;

(3) не са удовлетворени критериите за остро полиморфно психотично разстройство.

Ако шизофрениите симптоми продължават повече от един месец, диагнозата трябва да бъде променена на шизофрения (F20).

F23.3 ДРУГО ОСТРО ПРЕДИМНО НАЛУДНО ПСИХОТИЧНО РАЗСТРОЙСТВО

Остро психотично разстройство, при което главните клинични признаци са относително стабилни налудности или халюцинации, но те не удовлетворяват критериите за шизофрения (F20). Чести са налудностите за преследване или отношение и халюцинациите обикновено са слухови (гласове, говорещи директно на пациента).

Диагностични указания

За сигурна диагноза:

(1) началото на психотичните симптоми трябва да бъде остро (две седмици или по-малко от непсихотично до явно психотично състояние);

(2) налудности или халюцинации трябва да са налице през по-голямата част от времето след установяването на очевидно психотично състояние;

(3) не са удовлетворени нито критериите за шизофрения (F20), нито за остро полиморфно психотично разстройство (F23.0).

Ако налудностите продължават повече от три месеца, диагнозата трябва да бъде променена на персистиращо налудно разстройство (F22). Ако само халюцинациите продължават повече от три месеца, диагнозата трябва да бъде променена на друго неорганично психотично разстройство (F28).

F23.8 ДРУГИ ОСТРИ И ПРЕХОДНИ ПСИХОТИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА

Кодирайте тук всяко друго остро психотично разстройство, което не може да се отнесе към някое от другите разстройства в F23 (като остри психотични състояния с налудности или халюцинации, които се установяват със сигурности, но са с много малка продължителност). Тук също трябва да бъдат кодирани състояния на недиференцирана възбуда, ако няма повече информация за детайли от психичния статус на пациента, при условие, че може да се изключи органична причина.

F23.9 ОСТРО И ПРЕХОДНО ПСИХОТИЧНО РАЗСТРОЙСТВО, НЕУТОЧНЕНО

Включва: реактивна психоза, неуточнена другояче.

F24 ИНДУЦИРАНО НАЛУДНО РАЗСТРОЙСТВО

Рядко налудно разстройство, което се споделя от двама души или повече хора с тесни емоционални връзки между тях. Само единият от двойката или групата страда от действително психично разстройство; у другия (другите) налудностите са индуцирани и обикновено се изоставят, когато участниците бъдат разделени. Психотичното заболяване у доминиращия член на двойката/групата е обикновено, но не винаги шизофрения. Както оригиналните налудности у доминиращия индивид, така и техният индуциран отговор, са най-често хронични и персекюторни или мегаломанни по своето съдържание. Понякога това състояние може да включва повече от двама души. Налудни убеждения се предават по този начин само при редки обстоятелства. Почти неизменно, двамата партньори са в необичайно интимна връзка и са изолирани от другите поради езикови или културови различия или географски фактори. Партньорът, у когото се индуцират налудностите, обикновено е в зависима или подчинена позиция спрямо лицето с действителната психоза.

Диагностични указания

Диагноза индуцирано налудно разстройство трябва да се поставя само ако:

- (1) две или повече лица споделят една и съща налудност или налудна система и взаимно се поддържат в своята убеденост;
- (2) партньорите са в необикновено близки взаимоотношения от описания по-горе вид;
- (3) налице са данни за последователността във времето или за контекста, които говорят, че налудността е индуцирана у пасивния член на двойката чрез контакта с активния партньор. Индуцирани халюцинации се срещат рядко, но наличието им не опровергава диагнозата. Ако обаче има основания да се приеме, че при двама души, живеещи заедно, всеки поотделно страда от психотично разстройство, което няма връзка със заболяването на другия, то те не трябва да се кодират тук, дори и някои от налудностите им да са общи.

Включва: folie a deux; индуцирано параноидно разстройство," симбиотична психоза.

Изключва: folie simultanee.

F25 ШИЗОАФЕКТИВНИ РАЗСТРОЙСТВА

Това са епизодични разстройства, при които в един и същ епизод на заболяване са налице както изразени афективни, така и изразени шизофренични симптоми - за предпочитане едновременно, или поне с интервал от няколко дни между тяхната поява. Връзката на тези разстройства с типичните разстройства на настроението (F30-F35) и с шизофреничните разстройства (F20-F24) е неизяснена. За тях се обособява отделна

категория, тъй като те са твърде чести, за да бъдат пренебрегвани. Други състояния, при които афективните симптоми са наслоени върху, или са част от предсъществуващо шизофрено заболяване, или пък съществуват успоредно или алтернират с други видове персистиращи налудни разстройства, се класифицират в F20-F29. Несъответни на настроението налудности или халюцинации при афективни разстройства (F30.21, F31.51, F32.31 или F33.31) не са сами по себе си основание за диагноза шизоафективно разстройство.

Пациенти с повтарящи се шизоафективни епизоди, особено със симптоми от маниен тип, а не от депресивен тип, обикновено оздравяват напълно и само рядко развиват дефект.

Диагностични указания

Диагнозата шизоафективно разстройство трябва да се поставя само в случаите, когато както сигурни шизофреници, така и сигурни афективни симптоми са добре изразени и съществуват едновременно или се появяват през няколко дни едни от други, в един и същи епизод на заболяването, и когато - вследствие на това - болестният епизод не отговаря нито на критериите за шизофрения, нито за депресивен или маниен епизод. Този термин не трябва да се използва при пациенти, които показват шизофреници и афективни симптоми само през различни периоди на заболяването. Обичайно е например за шизофреници болни да развият депресивни симптоми при отзвучаването на психотичен епизод (виж постшизофренна депресия, F20.4). Някои пациенти имат рекурентни шизоафективни епизоди, които могат да бъдат от маниен или от депресивен тип, или смесица от двата вида. Други болни имат един или два шизоафективни епизода, пръснати между типични епизоди на мания или депресия. В първия случай правилната диагноза е шизоафективно разстройство. Във втория случай появата на единичен шизоафективен епизод не обезсилва диагнозата биполарно афективно разстройство или рекурентно депресивно разстройство, ако клиничната картина е типична в други отношения.

F25.0 ШИЗОАФЕКТИВНО РАЗСТРОЙСТВО, МАНИЕН ТИП

Разстройство, при което шизофреници и маниен тип са еднакво изразени в един и същ болестен епизод. Нарушенията на настроението обикновено приемат формата на приповдигнатост, придружена от повишена самооценка и мегаломанни идеи, но понякога по-явни са възбудата или раздразнителността, придружени от агресивно поведение и идеи за преследване. И в двата случая са налице повишена енергия, хиперактивност, нарушена концентрация и загуба на нормалните социални задръжки. Могат да бъдат налице налудности за отношение, за величие или за преследване, но за да се постави диагнозата се изискват и други, по-характерни шизофреници симптоми. Болният може да твърди например, че мислите му се предават на разстояние или че се намесват в мислите му, че външни сили се опитват да го контролират, или да съобщава за различни гласове, или да изказва нелепи налудни идеи, които не са просто мегаломанни или персекуторни. Често е нужно внимателно разпитване, за да се установи, че болният наистина има тези преживявания, а не се шегува или говори метафорично. Шизоафективните разстройства от маниен тип са обикновено продуктивни психози с остро начало, но въпреки че поведението често е грубо разстроено, най-често настъпва пълно оздравяване след няколко седмици.

Диагностични указания

Трябва да е налице подчертано повишено настроение или съчетание от по-слабо повишено настроение и повишена раздразнителност или възбуда. В рамките на един и същ епизод трябва да се установи несъмнено наличие на поне един, а по-желателно на два типични шизофреници симптоми (посочени при шизофреници (F20) в диагностичните указания (1)-(4).

Тази категория се използва както за единичен шизоафективен епизод от маниен тип, така и за рекурентно разстройство, при което повечето епизоди са шизоафективни, маниен тип.

Включва: шизофреноподобна психоза, маниен тип.

F25.1 ШИЗОАФЕКТИВНО РАЗСТРОЙСТВО, ДЕПРЕСИВЕН ТИП

Разстройство, при което както шизофрени, така и депресивни симптоми са добре изразени в един и същ болестен епизод. Потиснатостта на настроението обикновено се придружава от няколко характерни депресивни симптома или поведенчески отклонения като забавеност, безсъние, загуба на енергия, на апетит или телло, стесняване на обичайните интереси, нарушена концентрация, вина, чувство на безнадеждност и суицидни мисли. По същото време или в същия епизод са налице други, по-типични шизофрени симптоми; болният може да твърди, например, че мислите му се предават на разстояние или че се намесват в мислите му, или че външни сили се опитват да го контролират. Може да бъде убеден, че е шпиониран или че срещу него се крои заговор, непредизвикан от собственото му поведение, или да чува гласове, които са не просто оскърбителни или осъдителни, но които му говорят, че ще го убият, или обсъждат това помежду си» Шизоафективните епизоди от депресивен тип обикновено са по-малко продуктивни и драматични, отколкото шизоафективните епизоди от маниен тип, но са с тенденция да продължават по-дълго и прогнозата им е по-неблагоприятна. Въпреки, че в повечето случаи настъпва пълно оздравяване, при някои пациенти след време се развива шизофрени дефект.

Диагностични указания

Трябва да е налице подчертана потиснатост на настроението, придружена от най-малко два характерни депресивни симптома или от свързани с тях поведенчески отклонения, посочени в описанието за депресивен епизод (F32); в същия епизод трябва да бъдат несъмнено налице поне един, а за предпочитане два, типични шизофрени симптома (посочени при шизофрени, F20) в диагностичните указания (1)-(4).

Тази категория се използва за единичен шизоафективен епизод от депресивен тип, или за рекурентно разстройство, при което повечето епизоди са шизоафективни, от депресивен тип.

Включва: шизофреноподобна психоза, депресивен тип.

F25.2 ШИЗОАФЕКТИВНО РАЗСТРОЙСТВО, СМЕСЕН ТИП

Тук се кодират разстройства, при които шизофрени симптоми (F20) съществуват успоредно със симптоми на смесено биполарно афективно разстройство (F31.6).

Включва: циклична шизофрени; смесена шизофрени и афективна психоза.

F25.8 ДРУГИ ШИЗОАФЕКТИВНИ РАЗСТРОЙСТВА

F25.9 ШИЗОАФЕКТИВНО РАЗСТРОЙСТВО, НЕУТОЧНЕНО

Включва: шизоафективна психоза, неуточнена другояче.

F28 ДРУГИ НЕОРГАНИЧНИ ПСИХОТИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА

Тук се класифицират:

(1) психотична разстройства, които не отговарят на критериите за шизофрени (F20) или за психотичните разновидности на разстройствата на настроението (F3);

(2) психотични разстройства, които не отговарят на симптомните критерии за персистиращо налудно разстройство (F22).

Включва: хронична халюцинаторна психоза, неуточнена другояче.

F29 НЕОРГАНИЧНА ПСИХОЗА, НЕУТОЧНЕНА

Включва: психоза, неуточнена другояче.

Изключва: психично разстройство, неуточнено по друг начин (F99); органична или симптоматична психоза, неуточнена по друг начин (F09).