

Schizofrénia – koncepty, symptómy, diagnostické kritériá



Ján Pečeňák

Psychiatrická klinika LF UK a UNB, Bratislava

Schizofrénia – koncepty, symptómy, diagnostické kritériá

© doc. MUDr. Ján Pečeňák, CSc. / Univerzita Komenského v Bratislave, 2014

Recenzent: doc. MUDr. Viera Kořínková, CSc.

1. vydanie

ISBN 978-80-223-3540-9

Obsah

Zoznam tabuliek	3
Zoznam obrázkov	4
Predhovor	5
História pojmu a koncepty	6
Emil Kraepelin (1856 – 1926)	8
Eugen Bleuler (1857 – 1939)	11
Karl Jaspers (1883 – 1969) a jeho fenomenológia.....	14
Kurt Schneider (1887 – 1967) a príznaky prvého rádu	17
Evolučný pohľad na schizofréniu	18
Symptomatika schizofrénie	20
Schizofrénia v súčasných klasifikáciách.....	24
Schizofrénia v klasifikácii MKCH 10.....	25
Schizofrénia v klasifikácii DSM 5	29
Literatúra	31
Príloha č. 1 SCALE FOR THE ASSESSMENT OF POSITIVE SYMPTOMS (SAPS)	34
Príloha č. 2 SCALE FOR THE ASSESSMENT OF NEGATIVE SYMPTOMS (SANS).....	58

Zoznam tabuliek

Tabuľka 1 Kraepelinom opísané typy dementia praecox	10
Tabuľka 2 Všeobecné kritériá pre schizofréniu (kód F 20)	25
Tabuľka 3 Kódovanie a stručný opis podtypov schizofrénie.....	26
Tabuľka 4 Kódovanie priebehu schizofrénie	28
Tabuľka 5 Katatónia spojená s inými psychickými poruchami (špecifikátor katatónia)	30

Zoznam obrázkov

Obrázok 1 Rozdelenie negatívnych symptómov	21
Obrázok 2 Schizofrénia – vývinové fázy	21
Obrázok 3 Koncept hierarchizácie procesov a symptómov procesov pri schizofrénii.....	22

Predhovor

Predkladaný učebný text je určený študentom lekárskej fakulty ako doplnenie a nadstavba nad problematikou schizofrénie, ktorá je opísaná vo Všeobecnej psychiatrii (Kolibáš et al., 2011) a Špeciálnej psychiatrii (Novotný et al., 2013). Môže slúžiť aj študentom či záujemcom z iných odborov a tiež lekárom v špecializačnej príprave.

Uvedená je problematika rôznych koncepcií schizofrénie tak ako sa vyvíjali historicky, ale hlavne v období 20. storočia. Uvádzame diagnostické kritériá pre schizofréniu klasifikácie podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH 10) i novo vydanú klasifikáciu Americkej psychiatrickej asociácie Diagnostický a štatistický manuál – piate vydanie (DSM 5). Súčasťou publikácie je preklad škál pre hodnotenie pozitívnych a negatívnych symptómov pri schizofrénii, ktoré sú veľmi hodnotným zdrojom poznatkov o symptomatológii schizofrénie.

Problematika etiológie a patofyziológie je spomenutá len okrajovo vo vzťahu ku konceptom ochorenia a symptómom.

Do textu sú začlenené obrázky, pričom odkaz obrázok s číslovaním je použitý len vtedy, keď sa naň v texte priamo odvolávame a nemá len ilustračnú funkciu. Skratka TP znamená textové pole, v textových poliach sú zhrnuté niektoré základné informácie v zhustenej podobe.

V Bratislave, január 2014

Schizofrénia patrí medzi najzávažnejšie psychické poruchy. Je to porucha **psychotická** (TP1) a podľa klasickej etiologickej klasifikácie psychických porúch ju zaraďuje medzi poruchy endogénne (TP2).

História pojmu a koncepty

Termín schizofrénia pochádza z gréčtiny a v priamom preklade znamená rozdelenie (schisis) duše či mysle (phrein). Aký má vzťah myseľ k bránici (napr. nervus phrenicus) sa môže javiť ako záhada, ale vysvetlenie spočíva v tom, že antickí Gréci predpokladali, že duša sídli v srdci a zápal bránice by mohol spôsobovať akékoľvek duševné ochorenia.

V laickej predstave je schizofrénia často chápaná ako rozdvojenie osobnosti a táto predstava prešla aj obrazne aj do bežnej komunikácie („schizofrénia spoločnosti“). Schizofrénia je však hlbšia porucha ako porucha osobnosti. Poruchy osobnosti nemajú predovšetkým psychotický charakter (kontrola reality je zachovaná). Pre schizofréniu je typická nedostatočná koordinácia medzi jednotlivými psychickými funkciami. Osobnosť sa mení v akútnom psychotickom stave ale aj neskôr, pri nepriaznivom priebehu, v dôsledku vyjadrených negatívnych príznakov (pozri nižšie). Takže pri schizofrénii by sme mali hovoriť nie o rozštepe osobnosti, ale v súlade s E. Bleulerom o fragmentácii psychických procesov a, s trochou básnickej licencie, o „poštiepanej myslí“.

Z dnešného pohľadu je prekvapujúce, ale aj poučné, že schizofrénia nebola dlho rozpoznaná ako stav, ktorý by sa vyčleňoval z iného druhu psychických porúch. Asi to nebolo nadišlo ani veľmi dôležité. Hipokratés (460 – 377) označoval pojmom „frenitis“ všetky akútne stavy a tento koncept pretrval tisícročia. Rozvoj medicíny a aj názorov na duševné choroby rozvíjaný v antickom Grécku a Ríme v časoch stredoveku a rímskej

TP1 Psychóza:

Psychická porucha pri ktorej dochádza k závažnému narušeniu psychických procesov a k narušenému vyhodnocovaniu reality. Je to spôsobené halucináciami (vnímanie) a bludmi (myslenie, interpretácia). Pri psychotických poruchách zväčša chýba náhľad na ochorenie, mení sa osobnosť.

TP2 Etiológia psychických porúch

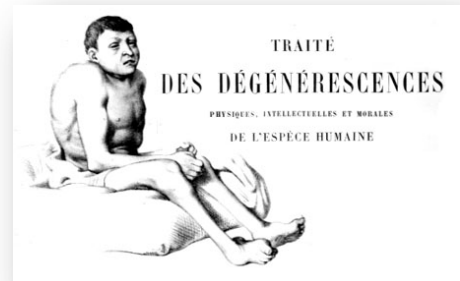
Podľa tradičného etiologického delenia rozoznávame poruchy:

- organické
- toxické
- psychoreaktívne
- endogénne

ríše bol v stredovekej Európe, v období nazývanom dobou temna, výrazne olieštený. Poznatky sa však udržali vďaka arabským učencom (Avicenna 980 – 1073) a renesancia umožnila priechod novým myšlienkovým prúdom, ktoré sa neskôr prejavili aj v psychiatrii.

V 18. storočí vyvinul klasifikáciu chorôb, ovplyvnenú botanickou taxonómiou, francúzsky učenec François Boissier de Sauvages (1706–1767). Psychické poruchy zaradil pod termín demencie, ktoré členil na tie s extracerebrálnymi príčinami, na choroby s prejavmi v inštinktoch a emóciách, s poruchami intelektu a s excentrizmom a šialenstvom. William Cullen (1710–1790) z Edinburgskej univerzity zaviedol termín neuróza ako vyjadrenie postihnutia nervového systému zápalom a zvýšenou iritabilitou. Jean Esquirol (1772–1840) bol súčasník významného predstaviteľa humanizácie psychiatrie Philipa Pinella (1745 – 1826), ktorý doslovne oslobodil psychicky chorých pacientov z reťazí. Vytvoril klasifikáciu, v ktorej sa objavujú termíny ako lypemánia (v podstate depresia) monománia, mánia, demencia, imbecilita, idiocia.

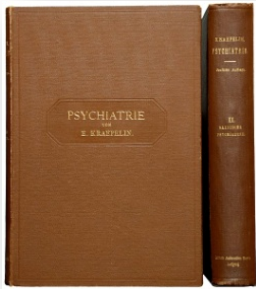
Klinicky opis stavu, ktorému teraz prisudzujeme termín schizofrénia je dokumentovaný v diele Belgičana Benedicta Augustina Morela (1809–1873). Uvádza prípad štrnásťročného chlapca, ktorý bol inteligentný a dobrosrdečný, ale postupne strácal intelektovú kapacitu a stal sa melancholickým a utiahnutým. Morel považoval takéto stavy za výsledok progredujúceho nezvratiteľného degeneračného procesu (obr. č. 1) a prisúdil im označenie dementia praecox. A tento termín prebral od Morela Emil Kraepelin, autor, od ktorého sa odvíja moderný pohľad na schizofréniu, a ktorý je súčasnosti živý nielen v historizujúcom kontexte, ale aj v súvisi s najnovšími zisteniami a koncepciami. Takže aj v nových publikáciách sa stretneme s termínom „kraepelinovská“ a „non-kraepelinovská“ schizofrénia alebo „kraepelinovská dichotómia“.



Publikácia B. A. Morela

Emil Kraepelin (1856 – 1926)

mohol nadviazať na svojich predchodcov. Wilhem Griesinger založil neuropsychiatrickú kliniku vo všeobecnej nemocnici Charité v Berlíne a je považovaný za zakladateľa neuropsychiatrie a predstaviteľa tzv. jednotného (unitárneho, v nemčine „einheit“) modelu psychóz, ktoré sú zapríčinené poruchou mozgu. Karl



6. vydanie
Kraepelinovej učebnice

Kahlbaum v roku 1863 vydal publikáciu, kde opisuje rôzne psychopatologické priebehy psychóz a po prvýkrát použil

termín katatónia pre špecifický obraz poruchy s postihnutím psychomotoriky. Jeho kolega Ewald Hecker zasa opísal hebefréniu. Kraepelin študoval u zakladateľa experimentálnej psychológie Wilhema Wundta v Lipsku, ten mu odporučil, aby, kvôli lepším kariérnym možnostiam, prešiel na štúdium medicíny. Ako tridsaťročný stal profesorom na univerzite

v Dropate (teraz Tartu, Estónsko) a riadil oddelenie, na ktorom mal mnoho príležitosti detailne pozorovať (v tom čase mal do značnej miery príležitosť naozaj len pozorovať) a opísať klinické obrazy a priebeh psychotických ochorení. Neskôr ako profesor a vedúci univerzitnej kliniky v Mníchove spolupracoval s významnými neuropatológmi E. Nisslom a Aloysom Alzheimerom.

Jeho podstatný prínos spočíva v presnom pozorovaní a klasifikácii psychických porúch. Bol vyslovený empirik. Nie je bez zaujímavosti, že sa narodil v rovnakom roku ako Sigmund Freud, ale ich profesionálne dráhy sa nestretli. Výsledky svojej práce publikoval vo viacerých vydaniach svojej učebnice psychiatrie, ktorá sa stala celosvetovo uznávaným základným zdrojom poznatkov. V jej šiestom vydaní sa objavilo odčlenenie dvoch závažných psychických porúch - manicko-depresívne šialenstvo (v súčasnosti bipolárna afektívna porucha) a dementia praecox (v súčasnosti schizofrénia). Do svojej klasifikácie zahrnul už predtým identifikované obrazy hebefrénie, katatónie, uvádzal paranoidnú formu schizofrénie praecox, zaoberal sa paranoiou a neskôr parafréniou, celkovo opísal deväť typov rôznych klinických a priebehových



Emil Kraepelin
<http://www.germanculture.com>

obrazov demencia praecox. Veril, že konečné vysvetlenie prinesie neuropatológia, fyziológia a chémia a že nateraz je potrebné dôsledné pozorovanie a hľadanie korelácií medzi symptómami, priebehom a vyústením. Na konci svojej vedeckej práce vyjadroval aj pochybnosti o správnosti svojho nozologického členenia a pripúšťal dimenzionálny

TP 3

Symptómové okruhy pri demencia praecox podľa Kraepelina:

1. Halucinácie

A. Auditórne

- nepríjemné hlasy
- hlasy komentujúce myšlienky a konanie
- prikazujúce hlasy
- ozvučené vlastné myšlienky

B. Taktilné halucinácie

- telocitné
- sexuálne

C. Halucinácie zápachu a chuti

2. Bludy

- bludy ovplyvňovania
- blud prenasledovania
- grandiózne bludy
- sexuálne bludy
- ovplyvňovanie myšlienok

3. Narušenie myslenia a reči

- rečové stereotypy
- chudobnosť rečového prejavu
- mutizmus
- neologizmy

4. Katatonické prejavy

- povelový automatizmus
- echolália a echopraxia
- pohybové stereotypy
- katatonické vzrušenie
- manierovanie
- negativizmus

5. porucha pozornosti

6. porucha úsudku

7. emočné oploštenie

8. poruchy vôľového konania - abúlia

9. autizmus

charakter (t.j. plynulé vzájomné prechody) modelu demencie praecox a afektívnych porúch, uvádzal taktiež, že niektoré stavy nemusia končiť deterioráciou, čo bolo podstatné pre koncept „dementia praecox“. Aj keď sa vývinu konceptu schizofrénie budeme venovať aj ďalej, pokiaľ si pozrieme opis symptómov (TP 3), a klinických obrazov, ktoré publikoval Kraepelin (tabuľka č. 1), asi si uvedomíme, že to najpodstatnejšie v opise symptómov a klasifikácii rôznych psychotických stavov sa udialo v jeho dielach pred približne storočím. Terminológia a niektoré vymedzené jednotky sú zo súčasného pohľadu mátauce, prekrývajú sa navzájom a hlavne sa prekrývajú s novšími konceptmi a iste ich nemá význam memorovať. V tabuľke č.1 sú uvedené pre ilustráciu. Podstatný rozdiel súčasnosti oproti kraepelinovým časom a jeho významných súčasníkov či nasledovníkov je v tom, že zatiaľ čo Kraepelin mohol len pozorovať, od objavenia chlorpromazínu a imipramínu máme možnosť podstatne účinnejšej liečby.

Tabuľka 1 Kraepelinom opísané typy dementia praecox

Dementia praecox simplex	Zhoršovanie celkového psychického života, ktoré nastáva nenápadne, nebadane
Hebefrénia	Postupná zmena osobnosti, s plochými nestálymi afektívnymi prejavmi, nezmyselné a nekompaktné konanie, chudobnosť myslenia, občasné halucinácie a fragmentárne bludy s progresiou k ťažkej demencii.
Depresívna dementia praecox (simplexná a bludná forma)	Na začiatku depresia, po ktorej nastáva progresívny kognitívny úpadok a výrazné zníženie vôle, môžu byť, ale nemusia byť prítomné hypochondrické a/alebo paranoidné bludy.
Cirkulárna dementia praecox	Prodromálna depresia nasledovaná postupným objavovaním sa auditívnych halucinácií, bludmi, zreteľnou menlivosťou nálad a bezcieľnou impulzivitou.
Agitovaná dementia praecox	Rýchly začiatok, popletenosť alebo nabubrelosť, multimodálne halucinácie, fantastické bludy.
Periodická dementia praecox	Rekurentné, akútne, krátke epizódy so zmätenosťou a vzrušenosťou s remisiami.
Katatónia	Pri tejto forme dominuje kombinácia zvláštneho vzrušenia s katatonickým stuporom, ale katatonické prejavy sa často vyskytujú aj pri úplne odlišných klinických obrazoch demencie praecox.
Paranoidná demencia (ľahká a závažná forma)	Základnými príznakmi sú bludy a halucinácie. V najzávažnejšom prípade je stav vyúsťuje do „nezvyčajnej dezintegrácie psychického života“, ktorej súčasťou je obzvlášť narušenie emotivity a vôle. Ľahká forma predstavuje pomalý rozvoj „paranoidnej alebo halucinatórnej duševnej poruchy“, čo umožňuje chorému dlhé fungovanie ako zdanlivo zdravému človeku.
Schizofázia (konfúzna rečová dementia praecox)	Sú naplnené všeobecné znaky demencie praecox, no vyúsťuje to do „neobvykle zvláštnej poruchy s narušením expresívnej zložky reči, s iba ľahkým narušením ostatných psychických funkcií“.

Zdroj: Jablensky, A., 2010

Eugen Bleuler (1857 – 1939)

použil termín schizofrénia vo svojej knihe *Dementia praecox* oder *Gruppe der Schizophrenien* publikovanej v roku 1911. K schizofrénii pristúpil s iným konceptom. Uvádza sa, že zatiaľ čo Kraepelin bol pozorovateľom s odstupom, Bleuler strávil mnohé hodiny rozhovormi s pacientmi na klinike Burgholzli v Zürichu, ktorú viedol a snažil sa pochopiť význam asociácií aj z nesúvislých útržkov, ktoré pacienti produkovali aj nadviazať s nimi emocionálny



kontakt. Nie je bez zaujímavosti, že jeho asistentom bol Carl G. Jung, psychoanalytik, ktorý sa neskôr s Freudom koncepčne rozišiel a vytvoril vlastnú školu. Bleuler Freuda uznával, osobne sa s ním zoznámil a už v prvom vydaní svojej učebnice ho obhajoval pred nepodloženou kritikou.

Akceptoval včasný začiatok a často nepriaznivý priebeh, ktorý opísal Kraepelin, no na základe analýzy príznakov a produkcií pacientov usúdil, že základným problémom je rozštiepenie či štiepenie (schizo) medzi dvoma základnými psychickými procesmi a to myslením a emóciami. Ak si porovnáme Kraepelina s Bleulerom, môžeme povedať, že Bleuler schizofrénii akoby poľudštil, vniesol do nej väčšiu psychodynamiku a dôraz na individualitu a pochopenie pacienta. Či to, že sa psychiatrická klasifikácia kvôli posilneniu reliability diagnostických kategórií vrátila k strohejšiemu opisnejšiemu pohľadu Kraepelina, pretože Bleulerove koncepty sa dajú pomerne ťažko operacionálne definovať, je paradoxné alebo zákonité, zostáva otázkou. Ak zacitujeme z prekladu učebnice, ktorú už vydal jeho syn Manfreda Bleuler: „Ešte dôležitejšie ako štúdium spôsobu myslenia ... je štúdium obsahu, na ktorý prvý poukázal Eugen Bleuler ... ak dobre poznáme schizofrénneho pacienta a ponoríme sa do jeho životných osudov ... potom dostane schizofrenické myslenie zmysel a nezrozumiteľné sa stane zrozumiteľným ... „. Je to veľký rozdiel oproti konceptu, v čase prvého vydania prvej učebnice E. Bleulera podal K. Jaspers (pozri nižšie).

Jeho delenie na základné (označované aj bazálne, fundamentálne, neskôr osové, jadrové) a akcesórne príznaky a nezávisle na tom na primárne a sekundárne príznaky môže viesť nejasnostiam v pochopení.

Základné (bazálne) príznaky sú často označované ako štyri A (TP4). Hlavne dva z nich sú klinicky veľmi významné. Porucha asociácií sa prejavuje ako štruktúrna porucha myslenia – asociačné skoky až inkoherencia. Autizmus sa prejavuje ako odťažitosť v kontakte, v nezrozumiteľnosti, nečitateľných či neočakávaných odpovediach a reakciách pacienta. Hovorí o skutočnostiach, ktoré sú bizarné, ale podáva to ako suché fakty, nerobí mu žiadne starosti, že okolie to môže vnímať inak, že by sa mu mohli prípadne vysmiať. Nie je to prístup v zmysle: „Predstavte si čo som zažil, čo si o tom myslíte, môže to byť pravda?“.

TP4 Bleulerove 4A

porucha **A**sociácií
porucha **A**fektivity
Ambivalencia
Autizmus

Niekedy máme pri kontakte s pacientom pocit, či presvedčenie, že sa jedná o schizofréniu, ale nie sme schopní to dostatočne opísať. Je to niečo, čo býva označované ako „Praecoxgefühl“ - do značenej miery intuitívna diagnóza, postavená na vnímaní zmien ako celku, na znakoch, ktoré sú len ťažko dokumentovateľné. Dominuje ťažko uchopiteľná zmena v medziľudskej interakcii, kvalitatívny posun v kontakte s pacientom. Dochádza k posunu významov, rozhovor sa odvíja zložito, pacient oň nejaví záujem. Tento pocit diagnostickej istoty je zaiste podložený klinickou skúsenosťou, ale pravdepodobne aj istou dispozíciou – niekto „tú schizofréniu“ jednoznačne identifikuje, iný ju nevníma. Je to klinicky významná, ale veľmi problematická situácia – nie je dosť dokumentovaných dôvodov na spoľahlivé stanovenie diagnózy, zahájenie liečby. Niekedy je zrejmé, hlavne na základe objektívnej anamnézy, ktorá potvrdzuje prítomnosť psychotických príznakov, že pacient disimuluje. Je možné, že o svojich vnútorných pochodoch vlastne neodkáže hovoriť, pretože aj jemu sú nezrozumiteľné a ťažko verbalizovateľné (je tam štiepenie). U niektorých pacientov nastane zlom, niekedy príde prekvapujúco – akoby sa otvorili a začnú hovoriť o svojich vnútorných pochodoch a psychotických fenoménoch. Stane sa tak občas po cielene položených otázkach, ktoré pacienta „prekvapia“ – tým prekvapením je asi aj to, že sa niekto vôbec opýta na skutočnosti, ktoré sú pre nich samých nepochopiteľné alebo nezrozumiteľné. Napr. či sa niečo nezmenilo v rozhlasovom alebo televíznom

vysielaní, či nie je nejako zamerané na nich. Alebo využijeme údaje z objektívnej anamnézy a opýtame sa napr. na to, že mu matka nemôže doniesť čistú bielizeň do izby a musí ju zložiť pred dvere – a prekvapujúco príde vysvetlenie podložené paranoidným či autisticko – symbolickým obsahom.

Ostatné symptómy sú **akcesórne** – halucinácie, bludy, katatónne príznaky. Čiže, to čo bolo uvedené na začiatku, že schizofrénia je psychotická porucha a psychóza je definovaná „porucha testovania reality“ – pre distorziu vyhodnocovania reálneho sveta pre prítomnosť halucinácie a bludov, sú vlastne podľa Bleulera príznaky akcesórne. A to je, vzhľadom na súčasné kritériá pre diagnózu schizofrénie, konfliktné či problematické.

Druhé Bleulero vo delenie na príznaky **primárne** (nemýliť si ich so základnými) a **sekundárne** (nemýliť si ich s akcesórnymi) už pre kliniku nemá taký význam a vzťahuje sa k interpretácii, podľa ktorej sú primárne príznaky súčasťou základných chorobných procesov a sekundárne už reakciou individua/osobnosti na vnútorné a vonkajšie pochody či deje.

Karl Jaspers (1883 – 1969) a jeho fenomenológia

Vplyv knihy Všeobecná psychoaptológia Karla Jaspersa v prvom vydaní publikovanej v roku 1913 je značný a pretrváva. Kniha býva hodnotená ako jedno z najvplyvnejších diel v psychiatrii. Jaspers od začiatku inklinoval k filozofii, na psychiatrii „sa mihol“ nakrátko - na päť rokov, no vďaka zmienenej knihe je považovaný za zakladateľa psychopatológie. Vychádzal z filozofického pohľadu fenomenológie a termín fenomenológia sa v niektorých zdrojoch s psychoaptológiou zamieňa. Jaspers (neskôr aj Schneider) sa vo svojom prístupe spoľahol na prierezové hodnotenie a nie priebehové (Kraepelin) vyhodnocovanie psychopatológie.



Zaviedol rozlišovanie symptómov na objektívne a subjektívne. Objektívnym môžeme rozumieť (!), opísať ich alebo merať. Výkričník je uvedený preto, že objektívne je podľa Jaspersa aj porozumiteľné, čo je odlišné on bežne užíwanej interpretácie pojmu objektívny. Subjektívnym symptómom nemôžeme rozumieť, ale môžeme sa do nich vcítiť - pomocou empatie interpretujeme vnútorné procesy pacienta. Ale má to svoje obmedzenie. Ako príklad môžeme uviesť porovnanie - šach (ohrozenie kráľa v šachovej hre) má význam len na šachovnici, ale nikde inde. Metaforicky sa termín „šach“, „vyšachovať“ používa hocikde, ale mimo rozostavenia šachových



figúrok a šachovej hry je to skutočne len metafora. A schizofrénia sa odohráva na poli patologicky narušených psychologických procesov („individuálna šachovnica“), ktorých pravidiel (a asi ani figúrky) nepoznáme a môžeme sa ich so znalosťou pravidiel bežného šachu (empatia) pokúsiť interpretovať. Ale to je už podľa Jaspersa prekročenie hraníc vedeckého prístupu.

Jaspesova
Všeobecná
psychopatológia

Problém pojmov „proces“ a „vývoja“ sú s tým spojené. Procesu nerozumieme, je to bazálna dynamika vzniku a rozvoja choroby („individuálna distorzná šachovnica“) a viažu sa k nej primárne fenomény, ktoré sú zhodné pre všetky typy schizofrénie.

Dynamika procesuálnych zmien súvisí so „zlomom v životnej línii“ – javom, ktorý zisťujeme častejšie pri odbere anamnézy od príbuzných ako od pacienta. Identifikujeme zmenu – zlom napr. v záujmoch, temperamente, sociálnych vzťahoch, ktoré často príbuzní prisudzujú vonkajším okolnostiam („mal zlú učiteľku“, „nechalo ho dievča“, „zlí kamaráti“) alebo psychologicky pochopiteľným vnútorným procesom („hľadal sa“). Na druhej strane vývoj môže byť zrozumiteľný na základe psychologickej analýzy či porozumenia (obrazne - šachová hra dáva zmysel pre pozorovateľa so znalosťou princípov šachu).

Z toho princípu vychádza napr. delenie na „bludu podobné myšlienky“, ktoré sú nadstavbou zrozumiteľných pochodov vyplývajúcich z afektívneho prežívania alebo motivačných sietí a na primárne, pravé bludy, ktoré sa vzťahujú k patologickému procesu, sú nepochopiteľné a neredukovateľné.

Blud, vychádza z primárnej bludnej nálady alebo atmosféry, ktorá odráža zmenu postoja pacienta k okoliu, k realite, a je to nešpecifický prejav. Bludná atmosféra alebo bludná nálada – pacient sa začne cítiť podivne, niečo sa deje, udalosti dostávajú nový význam. Prostredie sa nezmenilo v hrubých rysoch, vnímanie okolia je neporušené, ale všetko je akoby obostreté hmlou. V obývačke je iná, neidentifikovateľná atmosféra, vo vzduchu je niečo nepríjemné, podozrivé, čo spôsobuje zlovestné napätie. (Pozn.: v súčasnosti sa hovorí o bludnej nálade aj pri opise emočného stavu, ktorý sa k bludným obsahom viaže, čo vyznieva logicky, ale pôvodný koncept bludnej nálady, tak ako je to písané vyššie, je primárne skôr poruchou myslenia ako poruchou emócií).

Jaspersa nezaujímal obsah bludu, čomu prisudzoval len sekundárny význam, ale forma (ako sa obsah prežíva). Zjednodušene by sme mohli povedať, že je jedno, aký blud to je (erotomanický, paranoidný), pretože obsah neprináša nič pre validitu toho, že diagnostikujeme blud. Ak by sme kládli dôraz na obsah, mohli by sme mať toľko schizofrénii či psychóz, do koľkých obsahov by sa bludy vyformovali. Navyše, prax nám ukazuje, že blud či bludné koncepcie môžu byť natoľko difúzne (iste to súvisí ja s poruchou štruktúry myslenia), že blud nemusí byť formovaný do tvaru, ktorý by nám pomohol s jednoznačnou kategorizáciou podľa obsahu.

Je potrebné si uvedomiť, že Jaspers bol základom filozof. Na psychiatrii sa zdržal len krátko a potom naplnil profesionálnu kariéru filozofa prerušenú nacizmom, pre ktorý bol neželanou osobou. Patril k intelektuálnej elite Nemecka, bol si blízky s existencionalistom Martinom Heideggerom, až pokým sa ich cesty nerozišli pre Heideggerov príklon k nacizmu. Stal sa profesorom filozofie v Heidelbergu v čase a v univerzitnej atmosfére, keď bol profesor vnímaný ako „majster“, ktorý má svojich žiakov. Po druhej svetovej vojne dokončil svoju kariéru v Švajčiarsku, kde žil až do smrti. Jeho práca Allgemeine psychopathologie, ktorá tak psychiatriu ovplyvnila, bola jeho habilitačnou prácou – ale v psychológii na filozofickej fakulte. Ak hovorí o procese ako niečom nezrozumiteľnom, hovorí o tom, že sme sa dostali k limitom, ktoré môžeme (psychologicky, interpretačne) pochopiť, dostali sme sa na hranicu, za ktorou proces existuje „sám o sebe“ bez možnosti ďalšieho vyhodnocovania. Pre klinickú psychiatriu to neznamená, že tým, čo sa transformovalo do pojmu „procesuálne ochorenie“ (jadrová, primárna schizofrénia) sa už nemáme zaoberať. Z filozofického, fenomenologického pohľadu Jaspersa tam končíme, lebo nie je možnosť ďalšieho vhľadu, ale z medicínskeho pohľadu je to stále výzva na objavovanie.

Kurt Schneider (1887 – 1967) a príznaky prvého rádu

Kurt Schneider pracoval ako riaditeľ Výskumného psychiatrického inštitútu v Mníchove, ktorý zakladal Kraepelin, neskôr sa stal profesorom psychiatrickej kliniky v Heidelbergu, kde predtým pôsobil Jaspers. Ich prístup bol podobný – opísať fenomény, tak ako sa javia, ako sme ich schopní zachytiť. Je autorom kritérií, ktoré zvykneme označovať tak, ako je to uvedené v podnadpise - symptómy, ktoré nepovažoval za patognomické, ale pre diagnózu schizofrénie im prisudzoval „rozhodujúcu váhu“ (TP5). Niekoľko súčasných

TP5 Príznaky prvého rádu podľa Schneidera:

- Vlastné myšlienky sú vyslovované nahlas (ozvučovanie myšlienok)
- Počutie hlasov, ktoré sa hádajú o pacientovi
 - Počutie hlasov, ktoré komentujú pacientovo konanie
 - Telesné pocity, ktoré sú spôsobené vonkajšími silami
- Vlastné myšlienky/prežívanie je odnímané alebo naopak vkladané vonkajšími zdrojmi
- Vlastné myšlienky sú vysielané
 - Bludné vnímanie

prác sa venovalo výskytu symptómov prvého rádu u iných porúch – napr. pri bipolárnej afektívnej poruche - a potvrdil sa ich výskyt aj mimo schizofrénie. Publikovanie týchto kritérií malo veľký vplyv na klinickú diagnostiku schizofrénie a zdôraznenie Schneiderových príznakov prvého rádu sa dostalo do diagnostických kritérií klasifikačných systémov MKCH 10 (Medzinárodná klasifikácia chorôb, 10 vydanie) aj DSM – IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual, IV. vydanie, textová revízia). V MKCH 10 sa už v základnom opise schizofrénie kladie dôraz na prítomnosť Schneiderových príznakov prvého rádu (kurzívou): „Pre schizofrénne poruchy sú charakteristické základné a charakteristické deformácie myslenia a vnímania a neprimeraná alebo otupená afektivita. Jasný vedomie a intelektuálna kapacita sú zvyčajne zachované, hoci časom môžu nastať určité kognitívne defekty. *Najdôležitejšie psychopatologické fenomény sú myšlienkové ozveny; vkladanie alebo odnímanie myšlienok; vysielanie myšlienok; bludné vnímanie a bludy ovládania; ovplyvňovanie alebo pasivita; halucinačné hlasy kritizujúce pacienta alebo diskutujúce o ňom v tretej osobe; poruchy myslenia a negatívne symptómy*“.

Evolučný pohľad na schizofréniu

Evolučný pohľad na psychické poruchy sa snaží interpretovať ich význam, prípadne udržanie sa psychických porúch v populácii. Schizofrénia je z tohto hľadiska ochorením, ktoré vyvoláva veľké otázky. Prečo sa vlastne udržiava v populácii približne s rovnakou frekvenciou vo všetkých spoločnostiach napriek tomu, že jedincov s týmto ochorením znevýhodňuje? Pritom plodnosť jedincov so schizofréniou je znížená – približne o 30% u žien a až 70% u mužov. Aj keď boli vytvorené animálne modely, ktoré akoby simulovali príznaky schizofrénie u zvierat a umožňujú napr. testovanie nových antipsychotík, je nemožné si predstaviť schizofréniu v jej komplexnom vyjadrení u zvierat. Základným problémom je skutočnosť, že jazyk s možnosťou abstrakcií ale aj so zložkou gramatických štruktúr nie je u zvierat prítomný (je ťažké si predstaviť, že by bol schopný vlk odovzdať informáciu inému vlkovi v minulom čase – „pred dvoma dňami som videl chorú srnu na kopci pri rieke“).

Timothy Crow, významný a inšpiratívny vedec zaoberajúci sa schizofréniou považuje práve vznik jazyka a lateralizáciu hemisfér, čo vznik jazyka podmieňuje, za „bod zlomu“, kedy sa schizofrénia v ľudskom rode (*Homo sapiens*) objavila. Ako uvádza, z dvadsiatich slov sme schopní vyprodukovať 1020 zmysluplných viet. Dispozícia pre schizofréniu je tak spojená s vlastnosťou, ktorá je výhodná a udržiava sa. Odhaduje sa, že táto zmena nastala približne pred 100 000 až 150 000 rokmi a je viazaná na X chromozóm – u mužov začína schizofrénia skôr a znaky, ktoré svedčia o narušenom vývoji (väčšinou príznaky, ktoré sú označované ako jemné neurologické príznaky alebo „soft signs“). Zmena sa musela udiť ešte predtým, než sa pôvodná skupina *homo sapiens* migráciou rozdelila, pretože je schizofrénia sa vyskytuje približne s rovnakou frekvenciou a skupín obyvateľstva, ktoré sú izolované a vzdialené (napr. austrálski aboriginci).

Iní autori uvažujú o schizofrénii ako o „vedľajšom produkte“ komplexnejšieho procesu socializácie. Socializácia nie je len procesom, ktorý odráža vzťahy medzi jedincami, ale aj procesom, ktorý má neurobiologické koreláty. Asi nejestvuje odpoveď na otázku, či socializácia viedla k rozvoju štruktúr, ktoré sa v súčasnosti označujú ako sociálny mozog alebo je to naopak. Život vo väčších skupinách má spojitosť s vývojom

jazyka. Vo väčších spoločenských skupinách sa už nemôže udržiavať pospolitosť pomocou groomingu (vzájomné dotyky, preberanie srsti typické pre primáty). Vyjadrenie spolupatričnosti starostlivosťou o srst', resp. telesným dotykom by už bolo kontraproduktívnym pre prílišnú časovú náročnosť a tak grooming nahradil jazyk. Tento názor však nie je všeobecne prijímaný (TP6).

Je možné, že dispozícia pre schizofréniu sa objavila v skupinách predchodcov dnešného človeka až potom, čo sa u nich vytvorila schopnosť starať sa o znevýhodnených jedincov a preto pretrvala. Jedna z možností je, že ľudia so schizofréniou alebo s podobnými prejavmi znamenali pre skupinu prínos v tom, že bol kreatívnejší, prichádzali s myšlienkami a presvedčeniami, niekedy bludnými, ktoré ostatní považovali za hodné nasledovania. Myslenie človeka so schizofréniou môže prekonávať prekážky. Mnoho umelcov trpelo či trpí na duševné ochorenia, ale na

základe toho je len veľmi ťažko tvrdiť, že sa schizofrénia s kreativitu priamo prekrýva. Muselo by sa urobiť porovnanie s tými, ktorí popri schizofrénii kreatívni nie sú a zároveň s tými, ktorí kreatívni sú a schizofréniu nemajú. Nakoniec aj samotná definícia kreativity je problematická. Jeden zo zaujímavých pokusov o presnejšie vymedzenie kreativity uskutočnila N. Andreasen. Vyšetřila tridsať veľmi významných amerických spisovateľov, ktorí hosťovali na univerzite ako lektori prestížneho literárneho kurzu podrobne stanovila výskyt psychických porúch v ich príbuzenstve a z pracovníkov univerzity zostavila kontrolnú skupinu. Výsledok bol prekvapujúci v tom, že sa oproti pôvodnej hypotéze sa nepotvrdilo spojenie „spisovateľskej kreativity“ so schizofréniou, ale s afektívnymi poruchami. Až 80% spisovateľov a 30% členov kontrolnej skupiny malo v anamnéze afektívnu poruchu, z toho približne polovica bipolárnu poruchu. Ďalšia štatisticky významná odlišnosť – častejšia u spisovateľov - sa našla pre abúzus alebo závislosť od alkoholu.

TP6

Existujú iné prístupy k názoru na vývoj vyšších psychických funkcií ako sú jazyk a vedomie. Podľa nich sú tieto funkcie - inak vnímané ako to najvlastnejšie ľudskému rodu a individu - náhodným „by-produktom“ vývoja mozgu. Vedomie sa chápe len ako tzv. epifenomén vývoja mozgových štruktúr a okruhov, čo k objaveniu sa vedomia viedlo, ale primárne na to neboli predurčené.

Symptomatika schizofrénie

Schizofrénia je ochorenie, ktoré má mnoho tvárí (TP 7). Môžeme sa stretnúť s pacientom, u ktorého sú prítomné halucinácie, bizarné bludy, je na prvý pohľad nápadný, pre každého je zrejmé, že má pred sebou človeka s psychickým ochorením. V kontraste s tým sa môžeme stretnúť s pacientom, ktorý je izolovaný, nemá záujem o okolie, o prácu či koníčky, možno sa pre laika zdá niečím zvláštny (napr. strnulosťou, upretým pohľadom), ale celkovo je nenápadný a málokto by usúdil, že sa stretáva s jedincom so závažnou psychickou poruchou. Rôznorodý klinický obraz a symptomatológia svedčí o tom, že schizofrénia označuje skupinu ochorení, ktoré sa môžu od seba odlišovať nielen klinickým obrazom ale aj patofyziologickými procesmi, ktoré sú v pozadí.

TP7 N. Andreasen:

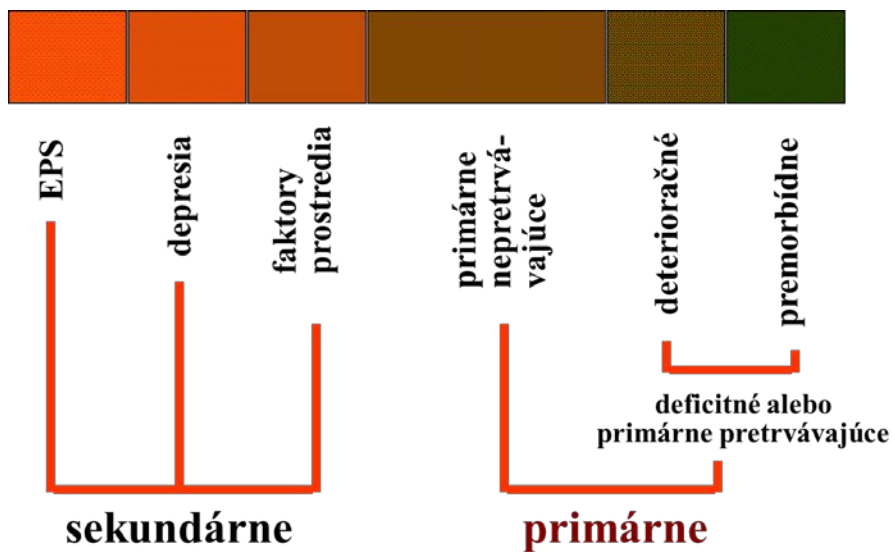
Schizofrénia je ochorenie charakterizované tak širokým spektrom symptómov ... tak rozdielných, že pokrývajú celý rozsah ľudského myslenia, emócií a správania ...

Pokusy o definovanie a zatriedenie symptómov sú súčasťou vývoja konceptov schizofrénie tak, ako to bolo uvedené vyššie. V súčasnosti sa delia symptómy schizofrénie na niekoľko skupín:

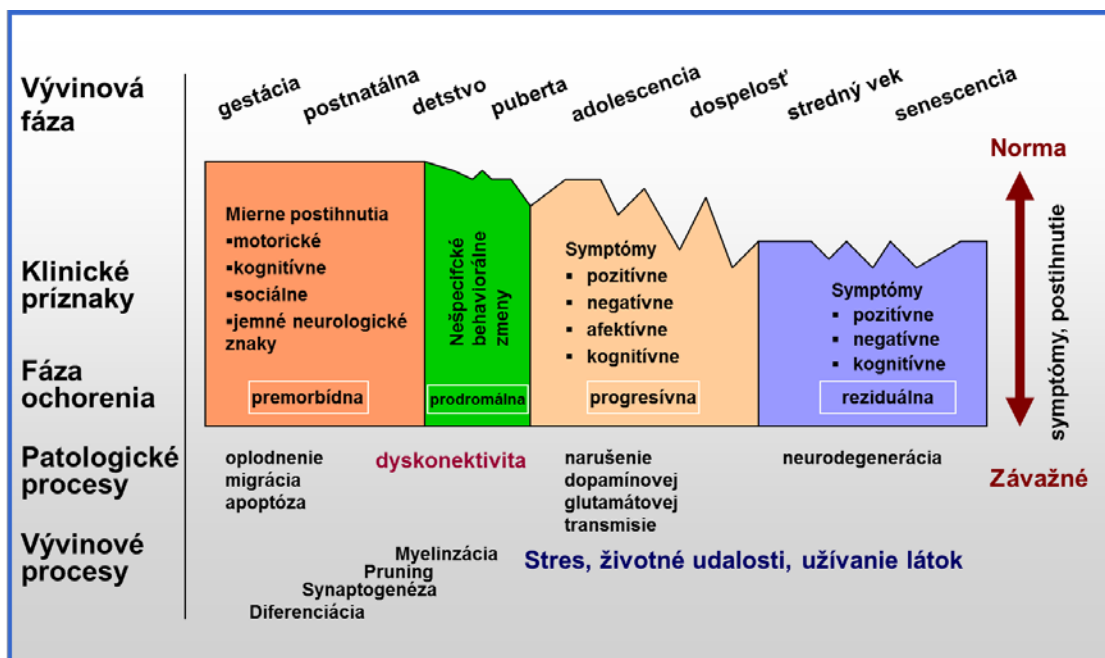
Pozitívne symptómy: halucinácie, bludy, bizarné a katatónne konanie, zaraďujú sa sem známky dezintegrácie, hlavne poruchy štruktúry a organizácie myslenia a dezorganizované konanie. Pozitívne symptómy sú nápadné a vo všeobecnosti sú základným podkladom pre diagnózu (akejkoľvek) psychotickej poruchy.

Negatívne symptómy: hypobúlia a chorobná nerozhodnosť, znížená schopnosť komunikácie, aj chudobnosť rečového prejavu, obmedzenie sociálnych vzťahov, plochá emočná reaktivita (afektívne oploštenie). Pre klinickú prax je veľmi významné rozlišovať medzi rôznymi typmi negatívnych príznakov (obr. č. 1). Máme možnosť terapeuticky ovplyvniť veľkú časť negatívnych symptómov, pri primárnych pretrvávajúcich negatívnych symptómoch je terapeutické ovplyvnenie veľmi problematické. Súvisí to s predstavou schizofrénie ako neurovývinovej poruchy, a patologické procesy (ktoré vedú k pretrvávajúcim negatívnym symptómom) sú prítomné už dávno predtým ako ej schizofrénia diagnostikovaná vo včasných vývinových obdobiach a v prodromálnej fáze (obr. č. 2).

Obrázok 1 Rozdelenie negatívnych symptómov



Obrázok 2 Schizofrénia – vývinové fázy

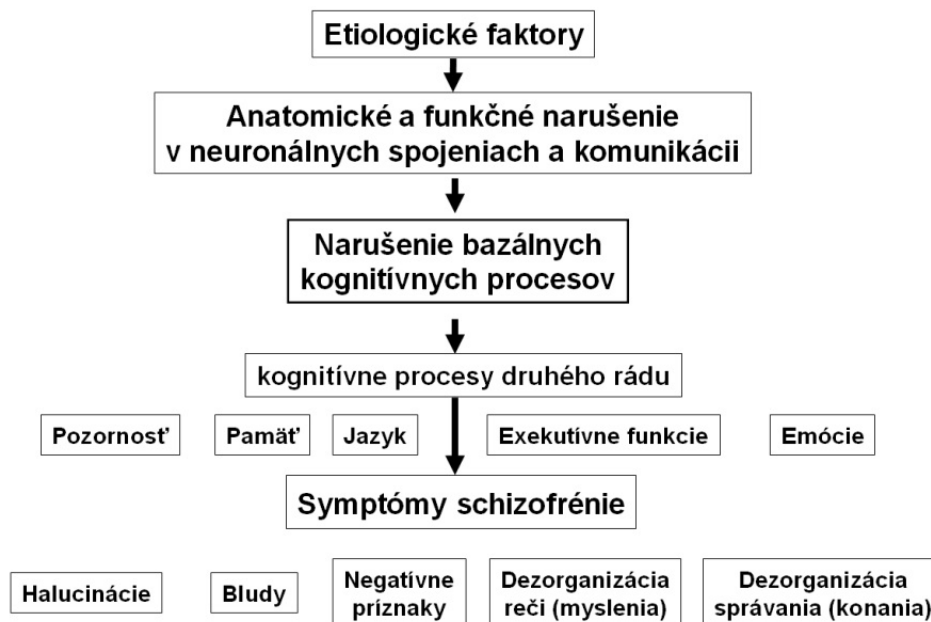


Zdroj: Lewis a Lieberman, 2000

Kognitívne symptómy: podľa niektorých autorov sú práve kognitívne symptómy rozhodujúce pre prognózu pacientov so schizofréniou, hlavne čo sa týka ich funkčnosti. Uchopenie a pochopenie toho, čo kognitívne symptómy pri schizofrénií vlastne sú nie je celkom jednoduché. Jedným zo znakov je schopnosť resp. neschopnosť vyložiť príslovia čo by malo byť súčasťou bežného klinického vyšetrenia. Je to podobné ako neschopnosť ľudí s detským autizmom pochopiť vtip alebo klamať. Klamstvo a vtip si vyžadujú empatiu, pretože je najprv potrebné niekoho zviešťať na pripravenú „falošnú“ stopu. Ak to máme uskutočniť, musíme sa doň vcítiť. Môžeme hovoriť o nedostatku sociálnej alebo emočnej inteligencie či kognícii.

Nancy Andreasen hovorí o bazálnych kognitívnych procesoch pri schizofrénií ako o „lathemenológii“ – o skrytej fenomenológii. Súvisia s narušením mozgových neuronálnych okruhov, ochorenia. (obr. č. 3).

Obrázok 3 Koncept hierarchizácie procesov a symptómov procesov pri schizofrénií



Vzniklo niekoľko skupín alebo iniciatív, ktoré vyvinuli štandardizované inštrumenty na meranie kognitívnych porúch pri schizofrénií. MATRICS (Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia). Zahŕňa vyšetrenie slovného učenia a pamäti, rýchlosti spracovania informácií, pracovnú pamäť, analýzu

a riešenie problémov, pozornosti a vigility, vizuálneho učenia a pamäti a sociálnej kognície. CANTAB (Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery) je počítačom sprostredkované vyšetrenie kognitívnych funkcií. Využíva sa hlavne v klinických štúdiách.

Depresívne symptómy prítomné pri schizofrénii je dôležité odlíšiť od negatívnych symptómov a zmien, ktoré sú navodené farmakoterapiou – napr. akatízia môže mať obraz tzv. neuroleptikami navodeného dysforického syndrómu. Subjektívne je to stav, ktorý pacienti znášajú veľmi ťažko a je potrebné myslieť na riziko sebapoškodenia, výrazne zhoršuje komplianciu s liečbou.

Jednotlivé pozitívne a negatívne symptómy aj s hodnotením ich závažnosti sú elegantne opísané v škálach SAPS (Scale for The Assessment of Positive Symptoms) a SANS (Scale for the Assessment of Negative Symptoms), ktoré sú uvedené v prílohách.

Schizofrénia v súčasných klasifikáciách

V psychiatrii sa paralelne používajú dve klasifikácie – jednou z nich je Medzinárodná klasifikácia chorôb – desiate vydanie (MKCH 10), ktorú vydala WHO, druhou Diagnostický a štatistický manuál (DSM). MKCH 10 je záväznou klasifikáciou u nás i v mnohých ďalších krajinách, ale vo vedeckých publikáciách sa podstatne viac presadila DSM. Jedným z dôvodov je ten, že Food and Drug Administration (ekvivalent nášho Štátneho ústave pre kontrolu liečiv v USA) registruje len lieky, pri ktorých boli uskutočnené klinické štúdie pri použití DSM. DSM je jasnejšia a pragmatickejšia s jasne stanovenými kritériami. MKCH 10 jestvuje vo verzii s uvedenými diagnostickými kritériami pre výskum, v čom môže DSM jednoznačne konkurovať, ale táto verzia je aj v odbornej komunite pomerne málo známa a takmer vôbec nepoužívaná. V ďalšom texte uvedieme diagnostické kritériá pre schizofréniu určené pre výskum a stručne sa zmienime o novej verzii DSM – DSM 5.

Schizofrénia v klasifikácii MKCH 10

V tabuľke č. 2 sú uvedené všeobecné kritériá pre stanovenie diagnózy schizofrénie, v tabuľke č. 3 kritériá pre stanovenie podtypov schizofrénie a v tabuľke č. 4 sú uvedené kódovateľné priebehové charakteristiky ochorenia.

Tabuľka 2 Všeobecné kritériá pre schizofréniu (kód F 20)

G1	Najmenej jeden zo syndrémov, symptémov a znakov uvedených pod (1) <u>alebo</u> najmenej dva zo symptémov a znakov uvedených pod (2) majú byť prítomné po väčšinu času počas epizódy psychotického ochorenia trvajúcej najmenej mesiac (alebo v niektorých prípadoch počas väčšiny dňa).	
	(1) najmenej jedno z uvedených	(a) Myšlienkové ozveny, odoberenie myšlienok alebo vysielanie myšlienok
		(b) blud kontroly, ovplyvňovania alebo pasivity jasne sa vzťahujúci na telo alebo končatiny alebo špecifické myšlienky, konanie alebo pocity; bludné vnímanie.
		(c) Halucinácie hlasov, ktoré priebežne komentujú pacientove konanie alebo o ňom medzi sebou diskutujú, alebo iný typ halucinácií vychádzajúci z nejakej časti tela.
		(d) Pretrvávajúce bludy iného charakteru, ktoré sú kultúrne neprimerané alebo absolútne nemožné (napr. schopnosť kontrolovať počasie, alebo komunikovať s bytosťami z iného sveta)
	<u>alebo</u> najmenej dva z nasledujúcich	(e) Pretrvávajúce halucinácie akejkoľvek modality, ak sa vyskytujú denne počas obdobia najmenej jedného mesiaca, pokiaľ sú sprevádzané bludmi (ktoré môžu byť prchavé alebo len čiastočne formované) bez zjavného afektívneho sprievodu alebo odprevdzvané pretrvávajúcimi bludnými (over-valued) ideami.
		(f) Neologizmy, zlomy v nadväznosti myšlienkovvej súvislosti, čo vyúsťuje do inkohorencie alebo nerelevantnej rečovej produkcie.
		(g) Katatonické prejavy s konaním ako je exitovanosť, nástavy alebo flexibilitas cerea, negativizmus, mutizmus a stupor.
		(h) „Negatívne“ symptémy ako výrazná apatia, chudobnosť rečového prejavu, oploštenie alebo neprimeranosť (inkongruencia) v emocionálnych reakciách (musí byť zrejmé, že to nie spôsobené depresiou alebo neuroleptickou medikáciou).
G2	Najčastejšie vylučujúce kritériá: Pokiaľ pacient spĺňa kritériá pre manickú epizódu (F30, depresívnu epizódu (F32), potom musia byť kritériá uvedené pod G1.1 a G1.2 naplnené pred tým, než sa rozvinuli príznaky poruchy nálady.	
G3	Porucha nie je dôsledkom organickej mozgovej poruchy (v zmysle F 0) ani nie je spojená s intoxikáciou, závislosťou alebo odvykacím syndrómom od alkoholu alebo iných drog.	

Tabuľka 3 Kódovanie a stručný opis podtypov schizofrénie

Kód	Názov/kritérium	Opis
F20.0	Paranoidná schizofrénia	A Musia byť naplnené všeobecné kritériá pre schizofréniu
		B Musia dominovať halucinácie alebo bludy (ako je blud prenasledovania, blud ovplyvňovania, vznešený pôvod, špeciálne poslanie, telesné zmeny alebo žiarlivosť; ohrozujúce alebo prikazujúce hlasy, halucinácie zápachu alebo chuti, sexuálne alebo iné telesné vnemy).
		C Klinickému obrazu nedominuje oploštenie alebo neprimeranosť (inkongruencia) afektov, katatónne symptómy alebo inkoherentná reč, hoci sa v miernom stupni môžu vyskytovať.
F20.1	Hebefrénná schizofrénia	A Musia byť naplnené všeobecné kritériá pre schizofréniu
		B Buď (1) alebo (2): (1) Jednoznačné a pretrvávajúce oploštenie alebo plytkosť afektov (2) Jednoznačné a pretrvávajúce neprimeranosť alebo inkongruencia afektov
		C Buď (1) alebo (2): (1) Konanie je bezcieľne a rozpoltené a nie zamerané na dosiahnutie cieľa. (2) Jednoznačné poruchy myslenia, ktoré sa prejavujú v nesúvislej, nesúrodej alebo inkoherentnej reči.
		D Klinickému obrazu nesmú dominovať halucinácie a bludy, hoci sa v miernom stupni môžu vyskytovať.
F20.2	Katatónna schizofrénia	A Musia byť naplnené všeobecné kritériá pre schizofréniu, no nemusí to byť možné v prípadoch, že pacient nekomunikuje.
		B Po dobu najmenej dvoch týždňov musí dominovať jeden alebo dva prejavy nasledovných katatónických prejavov: (1) Stupor (zrejmé zníženie reaktivity na vonkajšie podnety a redukcia spontánnych pohybov a aktivita) alebo mutizmus; (2) Excitovanosť (zjavne bezcieľna motorická aktivita, ktorá nie je ovplyvnená vonkajšími podnetmi); (3) Nástavy (vôľové zaujatie a udržiavanie neprimeraných alebo bizarných telesných pozícií/postojov); (4) Negativizmus (zjavne nemotivovaný odpor k všetkým inštrukciám alebo pokusom na pohyb alebo posun, alebo pohyby v opačnom smere); (5) Rigidita (udržiavanie rigidného postoja/pozície proti snahe o vyvolanie pohybu); (6) Flexibilitas cerea (udržiavanie končatín alebo tela

			v pozíciách navodených zvonku); (7) Povelový automatizmus (automatické podriadenie sa inštrukciám).
		C	Museli byť vylúčené iné možné dôvody katatonických prejavov, vrátane mozgového poškodenia.
F20.3	Nediferencovaná schizofrénia	A	Musia byť naplnené všeobecné kritériá pre schizofréniu
		B	Buď (1) alebo (2): (1) Nie je prítomné dostatočné množstvo symptómov na to, aby sa naplnili kritériá pre jeden z podtypov F20.0, .1, .4, alebo .5; (2) Je prítomné také množstvo symptómov, že sú splnené kritériá pre viac ako jeden podtyp uvedených vyššie v kritériách B.
F20.4	Postschizofrenická depresia	A	Musia byť naplnené všeobecné kritériá pre schizofréniu v období posledných 12 mesiacov, ale kritériá nie sú naplnené v súčasnosti.
		B	Musí byť stále prítomný jeden zo znakov F20 G1.2 e, f, g
		C	Symptómy depresie musia byť dostatočné trvaní, závažnosti a počte tak, aby sa naplnili kritériá aspoň pre stredne závažnú depresívnu epizódu (F32.0).
F20.5	Reziduálna schizofrénia	A	V minulosti boli splnené všeobecné kritériá pre schizofréniu, ale nie sú splnené v súčasnosti
		B	Najmenej štyri za nasledujúcich „negatívnych“ symptómov bolo prítomných počas posledných 12 mesiacov: (1) Psychomotorické spomalenie alebo hypoaktivita; (2) Jednoznačné oploštenie afektivity; (3) Pasivita a nedostatok iniciatívy; (4) Chudobnosť v kvantite alebo obsahu rečového prejavu; (5) Chudobná neverbálna komunikácia v mimickej expresii, očnom kontakte modulácii hlasu alebo v pohyboch. (6) Nedostatočná sociálna funkčnosť alebo starostlivosť o seba.
F20.6	Jednoduchá (simplexná) schizofrénia	A	Pomalý, progresívny vývoj v období najmenej jedného roka všetkých troch nasledujúcich prejavov: (1) Významná a trvalá zmena v celkovej kvalite oblastí správania jednotlivca, osobnosti, čo sa prejavuje znížením pudov a záujmov, bezcieľnosťou, nečinnosťou, sebastrednosťou a sociálnym stiahnutím sa. (2) Postupné objavovanie sa a prehĺbovanie „negatívnych“ symptómov ako je výrazná apatia, chudobnosť reči, neaktívnosť, oploštenie afektov,

			pasivita a neiniciativnosť a oslabenie neverbálnej komunikácie (v mimickej expresii, očnom kontakte modulácii hlasu alebo v pohyboch) (3) Podstatné zhoršenie v sociálnej, vzdelávacej a pracovnej výkonnosti.
		B	Nikdy sa nevyskytli symptómy zaradené pod G1 u F20.0 - F20.3, a tiež nie halucinácie alebo dobre formované bludy akéhokoľvek charakteru, t.j. u jedinca sa nikdy nenaplnili kritériá pre iný typ schizofrénie alebo inú psychotickú poruchu.
		C	Neprítomnosť demencie alebo inej duševnej poruchy zaradenej do časti F0.
F20.8	Iná schizofrénia		
F20.9	Nešpecifikovaná schizofrénia		

Tabuľka 4 Kódovanie priebehu schizofrénie

Kód	Priebeh
F20.x0	Kontinuálny (počas obdobia sledovania bez remisie psychotických symptómov)
F20.x1	Epizodický s progresívnym vývojom „negatívnych“ symptómov v intervaloch medzi psychotickými epizódami.
F20.x1	Fragmentárne, premenlivé halucinácie a bludy, nepredvídateľné správanie, dezorganizované myslenie
F20.x2	Epizodický, s perzistentnými, ale neprogresívnymi „negatívnymi“ symptómami v intervaloch medzi psychotickými epizódami.
F20.x3	Epizodický (remitujúci) s úplnými alebo takmer úplnými remisiami medzi psychotickými epizódami.
F20.x4	Neúplná remisia
F20.x5	Úplná alebo takmer úplná remisia
F20.x8	Iný charakter priebehu
F20.x9	Priebeh neistý, príliš krátke obdobie sledovania

Schizofrénia v klasifikácii DSM 5

Na konferencii Americkej psychiatrickej asociácie (APA) bola v máji 2013 bola oficiálne uvedená nová, piata verzia Diagnostického a štatistického manuálu (DSM) DSM 5. Klasifikácia DSM by mala slúžiť, podľa jej autorov, na základe 60 ročnej tradície opakovaných vydaní, ako flexibilný, praktický a funkčný prostriedok pre usporiadanie informácií, ktoré napomôžu pre stanovenie správnej diagnózy a správnej liečby psychických porúch. Mala by slúžiť ako nástroj pre klinikov a podstatný zdroj vedomostí pre študentov a praktických lekárov a tiež ako referenčný zdroj pre vedecký výskum. DSM sa využíva v širokom kontexte komunikácie medzi zdravotníckymi profesionálmi rôzneho zamerania, sociálnymi pracovníkmi, slúži pre štatistické informácie a epidemiologické výskumy. V novom vydaní je snaha o harmonizáciu terminológie a kategórií s plánovaným vydaním MKCH 11. Predpokladá sa, že prechodné obdobie do úplného zavedenia DSM 5, prípadne verzie DSM 5.1, bude trvať dva roky, potom prestane byť platnou súčasná verzia DSM-IV-TR.

V diagnostických kritériách pre schizofréniu nastali len malé zmeny. Nekladie sa už dôraz na výskyt Schneiderových symptómov prvého rádu a bizarnosť bludov, čo obsahovala predchádzajúca verzia DSM IV-TR. Základné symptómy nutné pre diagnózu sú veľmi stroho vymenované (TP8). Môžeme to považovať za zjednodušenie až na hranicu možného a samotné symptomatické kritériá bez ďalšieho vysvetlenie či znalostí problematiky neposkytujú o schizofrénii takmer žiadnu predstavu.

TP8 Symptómy nutné pre diagnózu schizofrénie podľa DSM 5

Musia byť prítomné najmenej dva z uvedených a najmenej jeden z nich musí byť (1), (2) alebo (3).

- (1) Halucinácie
- (2) Bludy
- (3) Dezorganizovaná reč (častá asociačná nesúvislosť alebo inkoherencia)
- (4) Výrazne dezorganizované alebo katatonické prejavy v správaní
- (5) Negatívne symptómy (znížená afektívna expresia alebo zníženie vôľovej aktivity)

Najviditeľnejšou zmenou v klasifikácii schizofrénie je odstránenie podtypov schizofrénie. Toto delenie je klinicky zaužívané, a má význam jednak pre bližšiu charakteristiku individuálneho stavu aj pre prognostické stanovenie - napr. dá sa očakávať lepšia reakcia na liečbu pri paranoidnej forme ako pri forme hebefrénnej.

Tvorcovia DSM 5 odôvodňujú odstránenie podtypov viacerými argumentmi. V roku 1990 bolo delenie na subtypy uvedené v 20 % vedeckých článkov, v roku 2010 už v menej ako 10 % percentách. Pacienti s diagnózou katatonického schizofrénie tvorili podľa rozsiahlych databáz len približne 1 % všetkých pacientov s diagnózou schizofrénie a katatonický syndróm sa vyskytuje častejšie pri iných psychických poruchách (napr. pri afektívnych). Delenie na podtypy sa neodráža ani v odporučniach pre liečbu, nepodporujú ich genetické nálezy a nie sú stabilné v čase u jednotlivých pacientov – klinický obraz sa mení. Katatónia je v DSM 5 definovaná diagnostickými samostatnými diagnostickými kritériami (kód 293.89) ako špecifikátor (tabuľka č. 5). Je pozoruhodné, že k tomuto kódu sa pridelil ako ekvivalent kód podľa MKCH 10 F06.1, čo je „Organická katatónna porucha“. Ak si to porovnáme s kritériami pre katatonický podtyp schizofrénie v MKCH 10, kde je organická porucha vylučujúcim kritériom pre katatonickú formu schizofrénie, potom to dokumentuje podstatný posun konceptu katatónneho syndrómu v DSM 5.

Tabuľka 5 Katatónia spojená s inými psychickými poruchami (špecifikátor katatónia)

Stupor	žiadna psychomotorická aktivita, pacient aktívne nereaguje na podnety z prostredia
Katalepsia	(pozn. nemýliť si s kataplexiou) stuhnutosť svalstva, pasívny svalový odpor
Mutizmus	minimálne verbálne prejavy
Negativizmus	nereagovanie na inštrukcie (pasívny negativizmus) alebo opačné reakcie (aktívny negativizmus)
Zaujímanie polôh (posturing – nástavy)	Spontánne a aktívne zaujatie postoja (polôh)
Stereotýpie	opakované, abnormné, časté pohyby, ktoré nemajú účel
Agitovanosť	bez podnetov z okolia
Grimasovanie	grimasy v mimickom prejave
Echolália	napodobňovanie, opakovanie rečového prejavu iného jedinca
Echopraxia	napodobňovanie, opakovanie pohybových prejavov iného jedinca

Literatúra

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental health disorders: DSM-5*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013. 642 s.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR*. Washington: APA, 2000. 370 s.
3. ANDREASEN, N. Creativity and Mental Illness: Prevalence Rates in Writers and Their First Degree Relatives. In: *Eminent Creativity, Everyday Creativity, and Health*. London: Ablex, 1997, s. 7-18.
4. ANDREASEN, N.C. The relationship between creativity and mood disorders. *Dialogues Clin Neurosci*. 2008, **10**(2), 251-255.
5. BLEULER, E. et al. *Učebnica psychiatrie: vybrané kapitoly*. [15. vyd. prepracované M. Belulerom]. Preložil J. Hašto. Trenčín: Vydavateľstvo F, 1998. 356 s. ISBN 80-967277-6-1. Originál: Lehrbuch de Psychiatrie. New York: Springer Verlag, Heidelberg, 1983.
6. BURNS, J.K. An evolutionary theory of schizophrenia: cortical connectivity, metarepresentation, and the social brain. *Behav Brain Sci*. 2004, **27**(6), 831-855; discussion 855-885.
7. CARPENTER, W.T. Jr., HEINRICHS, D.W. a ALPHS, L.D. Treatment of negative symptoms. *Schizophr Bull*. 1985, **11**(3), 440-452.
8. ČERNOUŠE, K.M. *Šílenství v zrcadle dějin*. Praha: Grada Avicenum, 1994. 228 s.
9. DAVID, A.L. a LIEBERMAN, J.A. Catching Up on Schizophrenia: Review Natural History and Neurobiology. *Neuron*. 2000, **28**, 325-334.
10. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. 642 s.
11. DUNBAR, R.I.M. Coevolution of neocortical size, group size and language in humans. *Beh Brain Sciences*. 1993, **16**(4), 681-735.
12. ETTINGEROVÁ, E. *Hannah Arendtová Martin Heidegger*. Bratislava: Agora, 2002. 140 s. ISBN 80-968686-1-6.
13. FLEISCHER, J. K problému diagnózy autizmu pri schizofrénii. (Prednesené na 10. celostátním psychiatrickém sjezdu, Praha, 1986). In: *Klinicko psychopatologické problémy*. Bratislava: Psychiatrická klinika LFUK a FN v spolupráci s firmou Lundbeck, 1997. 108 s.
14. FORGÁČOVÁ, Ľ. Psychopatologická štruktúra schizofrénie. In: PEČEŇÁK, J. a kol. *Kapitoly o schizofrénii*. Martin: Osveta, 2005, s. 41-60.
15. FORGÁČOVÁ, Ľ. Vývoj názorov na blud. *Psychiatria*. 2004, **11**(2), 60-64.
16. HULÍN, I. et al. *Patofyziológia: pre lekárov a študentov medicíny*. 7. preprac. a dopl. vyd. Bratislava: SAP, 2009. 1288 s. ISBN 978-80-8095-043-9.

17. JABLENSKY, A. The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution, and future prospects. *Dialogues Clin Neurosci.* 2010, **12**(3), 271-287.
18. JASPERS, K. *General psychopathology*. Preklad J. Hoening a M.W. Hamilton. Baltimore: The John Hopkins University Press, 1997. Dostupné na: <http://books.google.sk>
19. KOLIBÁŠ, E a KORÍNKOVÁ, V. *Schizofrénia a poruchy z jej okruhu*. Bratislava: Askleipos, 1998. 91 s.
20. KOLIBÁŠ, E. a kol. *Všeobecná psychiatria*. Bratislava: UK, 2011. 184 s. ISBN 978-80-223-2985-9.
21. LIBIGER, J. *Schizofrenie*. Praha: Psychiatrické centrum, 1990. 134 s.
22. LIBIGER, J. Schizofrenní poruchy. In: HÖSCHL, C., LIBIGER, J. a ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. Praha: Tigis, 2002, s. 341-401.
23. *Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní porucha a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka.* (Přel. z angl. orig.) Praha: Psychiatrické centrum, 1992. 282 s. Zprávy č.102. ISBN 80-85121-37-9.
24. *Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Diagnostická kritéria pro výzkum.* (Přel. z angl. orig.) Praha: Psychiatrické centrum, 1996. 179 s. Zprávy č.134. ISBN 80-85121-64-6.
25. *MKCH 10. Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov.* 10. revízia. 1. diel. Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky. Bratislava: Obzor, 1994. 821 s.
26. NOVOTNÝ, V. Vývoj pojmu a náčrt koncepcií ochorenia. In: PEČEŇÁK, J. a kol. *Kapitoly o schizofrénii*. Martin: Osveta, 2005, s. 17-23.
27. NOVOTNÝ, V. et al. *Špeciálna psychiatria*. 2. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 2013. 248 s.
28. PAVLOVSKÝ, P. Obecná psychopatologie: podklad pro objektivní psychiatrický nálezn. *Časopis lékařů českých.* 2012, **151**, 420-422.
29. PEČEŇÁK, J. a kol. *Kapitoly o schizofrénii*. Martin: Osveta, 2005. 196 s.
30. PERALTA, V. a CUESTA, M.J. Eugen Bleuler and the schizophrenias: 100 years after. *Schizophr Bull.* 2011, **37**(6), 1118-1120.
31. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders.* Diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization, 1993. 263 s.
32. STEFANIS, C.N. a STEFANIS, N.C. Schizophrenia: Historical roots and brief review of recent research developments. In: KASPER, S. a PAPADIMITRIOU, G.N. *Schizophrenia Biopsychosocial Approaches and Current Challenges*. 2nd ed. Boca Raton: Informa, 2009, s. 1-15.
33. ŠEDIVEC, J. Přestavba psychiatrické teorie v průběhu 19. století (Vytváření novodobé psychiatrické nozologie). *Česká a Slovenská psychiatrie.* 1999, **95**(6), 420-424.

34. VACEK, J. O intuici a intuitivní diagnostice v psychiatrii. *Česká a Slovenská psychiatrie*. 2005, **101**(4), 218-223.
35. WETHERICK, N. *Karl Jaspers (1883-1969): Was he a psychologist? History & Philosophy of Psychology*. 2009, **11**(1), 17-21.

Príloha č. 1

SCALE FOR THE ASSESSMENT OF POSITIVE SYMPTOMS (SAPS)

Nancy C. Andreasen, M.D., Ph.D.

Department of Psychiatry
College of Medicine
The University of Iowa
Iowa City, Iowa 52242

Copyright by Nancy C. Andreasen, 1984
(SAS Variable Name edition: 2000)

preložené so súhlasom autorky
preklad: doc. MUDr. Ján Pečeňák, CSc.

HALUCINÁCIE

Sluchové halucinácie
Komentujúce hlasy
Konverzujúce hlasy
Telové alebo taktilné halucinácie
Olfaktorické halucinácie
Vizuálne halucinácie
Celkové hodnotenie závažnosti halucinácií

BLUDY

Perzekučné bludy
Bludy žiarlivosti
Blud zhrešenia alebo viny
Bludy grandiozity
Religiózne bludy
Telesné bludy
Vzťahovačnosť a blud vzťahovačnosti
Bludy ovládania
Bludy čítania myšlienok
Vysielanie myšlienok
Vkladanie myšlienok
Odoberanie myšlienok
Celkové hodnotenie závažnosti bludov

BIZARNÉ KONANIE

Oblečenie a výzor
Sociálne a sexuálne správanie, konanie
Agresívne konanie a agitovanosť
Repetitívne a stereotypné konanie
Celkové hodnotenie bizarného konania

POZITÍVNE FORMÁLNE PORUCHY MYSLENIA

Uvoľnenie asociácií
Tangenciálne myslenie
Inkoherentné myslenie
Nelogickosť
Zabiehavosť
Prekotná reč
Roztržitosť rečového prejavu
Zvukové asociácie
Celkové hodnotenie pozitívnych formálnych porúch myslenia

Úvod

Táto škála je zostavená tak, aby sa pomocou nej dali hodnotiť pozitívne príznaky a to predovšetkým tie, ktoré sa vyskytujú pri schizofrénii. Je to komplementárny inštrument k Škále na hodnotenie negatívnych príznakov (Scale for the Assessment of Negative Symptoms - SANS). Pozitívne príznaky zahŕňujú halucinácie, bludy, bizarné konanie a pozitívne formálne poruchy myslenia.

Podobne ako je to pri SANS, hodnotiteľ by si mal stanoviť pri využití tejto škály časový interval posudzovania. Škála bola vytvorená tak, aby, až na výnimky, hodnotenie postihovalo posledný mesiac. Podobne je to aj pri SANS. Škála sa dá použiť aj pri psychofarmakologickom výskume pri využití týždenného intervalu pre hodnotenie a tým na dokumentáciu odpovede pacientov na liečbu.

Vyžaduje sa, aby hodnotiteľ, ktorý chce využiť tento inštrument, obzvlášť v kombinácii so SANS, na identifikáciu symptómov využil štandardné klinické interview. Keďže pozitívne formálne poruchy myslenia sú dôležitou súčasťou pozitívnych symptómov, odporúča sa začať rozhovor relatívne neutrálnymi témami v trvaní asi piatich až desiatich minút. Účelom je zhodnotiť celkový spôsob odpovedí a reakcií subjektu. Potom sa môže pokračovať viac zameranými otázkami cieľenými do rôzne pozitívne symptómy. Odporúčané ciele otázky sú uvedené v návode na interview.

Na dôvažok ku klinickému interview sa odporúča získať informácie z iných zdrojov - z priameho pozorovania, informácii od rodinných príslušníkov, zdravotníckeho personálu a zo subjektívnych údajov pacienta. Vo všeobecnosti sa dá subjekt považovať za spoľahlivý zdroj informácií o bludoch a halucináciách ak je schopný jasne komunikovať a spolupracovať pri klinickom interview. Na druhej strane sa však hodnotiteľ bude musieť spoľahnúť pri hodnotení pozitívnych formálnych porúch myslenia a pri hodnotení bizarného konania na pozorovanie a informácie zo sekundárnych zdrojov.

Poslednou položkou v opise hlavných pozitívnych symptómov je celkové hodnotenie. Malo by to byť naozaj celkové hodnotenie berúc do úvahy charakter a závažnosť rôznych pozorovaných symptómov. V niektorých prípadoch môže viesť i jeden symptóm (napr. mimoriadne závažné perzekučné bludy) k veľmi vysokému hodnoteniu v celkovom hodnotení napriek tomu, že iné symptómy nie sú prítomné.

HALUCINÁCIE (HALLUCINATIONS)

Halucinácie predstavujú poruchu vnímania. Sú patologickým vnemami, ktoré sa vyskytujú bez identifikovateľného vonkajšieho stimulu. Môžu mať rôzne senzorické modalítity zahrnujúc sluch, hmat, čuch, chuť a zrak. Je potrebné odlišovať pravé od ilúzií (nesprávna vnímanie vonkajších stimulov), hypnagogické a hypnopompické perцепčné zážitky (vyskytujú sa pri zaspávaní a prebúdzaní sa) a tiež normálny myšlienkový proces so zvýšenou obrazotvornosťou a zmyslosťou. Ak majú halucinácie religiózny charakter, musia byť posudzovaná v kontexte normálnych prejavov pre sociálne a kultúrne prostredie subjektu. Halucinácie, ktoré sú prítomné po bezprostrednom užití alkoholu, drog alebo tie, ktoré sa objavujú v súvislosti s telesným ochorením nemajú byť hodnotené. Pacienta sa vždy pýtame na podrobný opis halucinácií.

Sluchové halucinácie (Auditory Hallucinations) Pacient udáva hlasy, zvuky alebo ruchy. Najčastejšie sú halucinácie hlasov, ktoré s pacientom hovoria alebo pacient počuje vyslovovať svoje meno. Hlasy môžu byť mužské, ženské, známe, neznáme, obsah kritický alebo pochvalný. V typickom prípade sú u pacienta so schizofréniou hlasy vnímané ako nepríjemné a negatívne. Halucinácie, ktoré majú skôr charakter zvukov ako hlasov by mali byť hodnotené ako menej charakteristické a menej závažné. <i>Počuli ste niekedy hlasy alebo zvuky a pritom nikto nebol vo vašom okolí?</i> <i>Čo hovorili?</i>	0	Neprítomné
	1	Sporné
	2	Mierne: len občasné vnímanie zvukov alebo jednotlivých slov
	3	Stredné: hlasy jednoznačne prítomné; objavujú sa aspoň raz týždenne
	4	Výrazne: hlasy sa vyskytujú jednoznačne, takmer denne
	5	Závažne: častý výskyt, denne
Komentujúce hlasy (Voices Commenting) Komentujúce hlasy patria k sluchovým halucináciám, ktoré fenomenológovia ako je napr. Kurt Schneider považujú za patognomické pre schizofréniu i keď sú niektoré súčasné poznatky v kontradikcii k tomuto názoru. Tieto halucinácie	0	Neprítomné
	1	Sporné
	2	Mierne: len občasný výskyt vnímania zvukov alebo jednotlivých slov
	3	Stredné: hlasy jednoznačne prítomné; objavujú sa aspoň raz týždenne
	4	Výrazne: hlasy sa vyskytujú jednoznačne, takmer denne

<p>zahrnujú počutie hlasov, ktoré priebežne komentujú konanie alebo myšlienky pacienta. Ak je to jediný typ halucinácií, ktorý je pozorovaný u pacienta, mali by byť skórované namiesto auditórnych halucinácií (uvedené vyššie). Obyčajne sa ale komentujúce hlasy vyskytujú na dôvažok k iným typom sluchových halucinácií.</p> <p><i>Počuli ste niekedy hlasy, ktoré by komentovali to, čo robíte alebo na čo myslíte?</i></p> <p><i>Čo hovorili?</i></p>	5	Závažne: častý výskyt, denne
<p>Konverzujúce hlasy (Voices Conversing)</p> <p>Podobne ako komentujúce hlasy, aj konverzujúce hlasy sa považujú za Schneiderovské príznaky prvého rádu. Zahrnujú počutie dvoch alebo viacerých hlasov, ktoré sa navzájom rozprávajú, obvykle diskutujú o niečom, čo sa týka pacienta. Podobne, ako pri komentujúcich hlasoch, mali by byť skórované nezávisle od iných sluchových halucinácií.</p> <p><i>Počuli ste dva alebo viac hlasov ako sa navzájom rozprávajú?</i></p> <p><i>O čom hovorili?</i></p>	0	Neprítomné
	1	Sporné
	2	Mierne: len občasný výskyt vnímania zvukov alebo jednotlivých slov
	3	Stredné: hlasy jednoznačne prítomné; objavujú sa aspoň raz týždenne
	4	Výrazne: hlasy sa vyskytujú jednoznačne, takmer denne
<p>Telové alebo taktilné halucinácie (Somatic or Tactile Hallucinations)</p> <p>Zahrnujú vnímanie zvláštnych pocitov v tele. Môže to byť pálenie, štipanie, pociť, že sa mení tvar alebo veľkosť tela.</p> <p><i>Pociťovali ste niekedy pálenie alebo iné zvláštne pocity vo vašom tele?</i></p> <p><i>Čo, aké to bolo?</i></p> <p><i>Mali ste pocit, že sa niekedy vyše telo zmenilo v tvare alebo veľkosti?</i></p>	5	Závažne: častý výskyt, denne
	0	Neprítomné
	1	Sporné
	2	Mierne: len občasný výskyt vnímania zvláštnych telesných pocitov
	3	Stredné: jednoznačná prítomnosť telových alebo taktilných halucinácií; objavujú sa aspoň raz týždenne
	4	Výrazne: jednoznačná prítomnosť telových alebo taktilných halucinácií; takmer denne
	5	Závažne: časté halucinácie, denne

Olfaktorické halucinácie (Olfactory Hallucinations) Pacient pociťuje neobvyklé zápachy, ktoré sú v typickom prípade veľmi nepríjemné. Niekedy pacient verí, že sám zapácha. Ak subjekt sám pociťuje svoj zápach, má sa tento prejav skórovať medzi bludmi iba ak verí, že zápach cíti aj iní. <i>Pociťovali ste niekedy nejaké neobvyklé zápachy, ktoré si ostatní nevšimli?</i> <i>Aké boli?</i>	0	Neprítomné
	1	Sporné
	2	Mierne: len občasné vnímanie zvláštnych zápachov
	3	Stredné: jednoznačná prítomnosť olfaktorických halucinácií; objavujú sa aspoň raz týždenne
	4	Výrazne: jednoznačná prítomnosť olfaktorických halucinácií; takmer denne
	5	Závažne: častý výskyt olfaktorických halucinácií, denne
Vizuálne halucinácie (Visual Hallucinations) Pacient vidí reálne neprítomné objekty alebo ľudí. Niekedy sú to tvary alebo farby, ale v typickom prípade sú to ľudia alebo ľuďom podobné objekty. Môžu mať religiózny charakter - diabol alebo Kristus. Aj tu platí, že vizuálne halucinácie s religióznym obsahom majú byť hodnotené v kontexte kultúrneho prostredia subjektu. Hypnagogické alebo hypnopompické halucinácie (sú relatívne časté) sa z hodnotenia vylučujú, podobne i halucinácie, ktoré sa objavili v súvislosti s užitím halucinogénnych látok. <i>Videli ste niekedy veci alebo sa vám zdalo, že vidíte veci, ktoré iní ľudia vidieť nemohli?</i> <i>Čo ste videli?</i> <i>Stalo sa vám to pri zaspávaní alebo keď ste sa prebúdzali?</i>	0	Neprítomné
	1	Sporné
	2	Mierne: len občasný výskyt vizuálnych halucinácie
	3	Stredné: jednoznačná prítomnosť vizuálnych halucinácií; objavujú sa aspoň raz týždenne
	4	Výrazne: jednoznačná prítomnosť vizuálnych halucinácií; takmer denne
	5	Závažne: častý výskyt vizuálnych halucinácií, denne
Celkové hodnotenie závažnosti halucinácií (Global Rating of Severity of Hallucinations) Celkové hodnotenie má byť založené na trvaní a závažnosti halucinácií, na miere akou sa subjekt zapodieva halucináciami,	0	Neprítomné
	1	Sporné
	2	Mierne: len občasný výskyt vizuálnych halucinácie
	3	Stredné: jednoznačná prítomnosť vizuálnych halucinácií; objavujú sa aspoň raz týždenne

na miere presvedčenia subjektu o ich existencii a na miere vplyvu na aktivitu subjektu. Taktiež je potrebné zahrnúť mieru bizarnosti a neobvyklosti halucinácií. Halucinácie, ktoré neboli zvlášť spomínané vyššie, napr. chuťové halucinácie, sa majú hodnotiť v tejto položke.	4	Výrazne: jednoznačná prítomnosť vizuálnych halucinácií; takmer denne
	5	Závažne: častý výskyt vizuálnych halucinácií, denne

BLUDY (DELUSIONS)

Bludy reprezentujú abnormné obsahy myslenia. Sú to nesprávne presvedčenia, ktoré sa nedajú vysvetliť na základe kultúrneho pozadia, v ktorom subjekt žije. Hoci sú bludy občas označované ako "fixné falošné presvedčenie", v najľahšej forme môžu trvať len niekoľko týždňov, prípadne mesiacov a subjekt môže o svojom presvedčení pochybovať. Bludné presvedčenie môže, ale nemusí ovplyvňovať konanie subjektu. Hodnotenie závažnosti jednotlivého bludu a hodnotenie celkovej závažnosti bludov má byť založené na zvážení perzistencie bludov, ich komplexnosti, miere, v akej subjekt na základe bludov koná, miere nakoľko o nich subjekt pochybuje a miere nakoľko sa odlišujú od obsahov, ktoré sa môžu vyskytovať u normálnej populácie. Pri pozitívnom hodnotení sa má uviesť na okraj typický príklad.

Perzekučné bludy (Persecutory Delusions) Jedinci s prítomnosťou perzekučných bludov sú presvedčení že je na nich cielená nejaká konšpiračná činnosť alebo sú v nejakej forme prenasledovaní. Bežným príkladom je presvedčenie o tom, že jedinca sledujú, že sa im otvára pošta, že v miestnosti sa nachádzajú "ploštice", že je "napichnutý" telefón alebo že si ich všíma polícia, úrady, susedia, spolupracovníci. Niekedy sú perzekučné bludy izolované alebo fragmentárne, inokedy sú prítomné vo forme komplexných systémov bludov, ktoré v sebe zahrnujú mnohoraké formy prenasledovanie a presvedčenie, že sa jedná o veľmi dobre zorganizovaný komplot. Napr. jedinec je presvedčený, že v jeho dome sú odpočúvacie zariadenia, pretože vládne orgány ho mylne považujú za tajného agenta cudzieho štátu; takýto blud môže byť natoľko komplexný, že sa doň zapadá všetko, čo sa okolo pacienta udeje. Hodnotenie závažnosti má byť založené na trvaní a komplexnosti bludov. <i>Obťažujú vás ľudia nejakým spôsobom?</i> <i>Mali ste pocit, že sú ľudia proti vám zameraní?</i> <i>Snažil sa vám niekto nejakým spôsobom ublížiť?</i> <i>Pozoruje, sleduje vás niekto?</i>	0	Nepřítomné
	1	Sporné
	2	Mierne: bludy sú jednoduché a môžu sa vyskytovať bludy niekoľkých typov; subjekt o nich môže občas pochybovať
	3	Stredné: jasný, konzistentný blud, subjektom dôsledne obhajovaný
	4	Výrazne: jasný, konzistentný blud, subjektom dôsledne obhajovaný, subjekt na jeho základe koná
	5	Závažne: Komplexný, dobre formovaný blud na základe ktorého subjekt koná a zaoberá sa ním poväčšine času; niektorý aspekt bludu alebo reakcií má pomerne bizarný charakter

Bludy žiarlivosti (Delusions of Jealousy) Presvedčenie, že partner má s niekým pomer. Za "dôkazy" sa pritom považujú mnohoraké drobné náznaky. Jedinec zvyčajne vyvinie veľké úsilie na to, aby dokázal existenciu vzťahu, pátra po vlasoch na posteľnom povlečení, vône vody po holení alebo cigaretového dymu na šatách, potvrdenky alebo šeky, ktoré by dokazovali nákup darčiekov pre milovanú/milovaného. Na prichytenie milencov do pasce sú pripravované prepracované plány. <i>Mali ste niekedy obavy, že by vám manžel (manželka) mohol/mohla byť neverná.</i> <i>Máte pre to nejaké dôkazy?</i>	0	Neprítomné
	1	Sporné
	2	Mierne: jednoznačne prítomný blud, subjekt o ňom môže niekedy pochybovať
	3	Stredné: jasný, konzistentný blud, subjektom dôsledne obhajovaný
	4	Výrazne: jasný, konzistentný blud, subjektom dôsledne obhajovaný, subjekt na jeho základe koná
Blud zhrešenia alebo viny (Delusions of Sin or Guilt) Jedinec je presvedčený, že sa dopustil závažného hriechu alebo vykonal niečo, čo je neodpustiteľné. Niekedy sa jedinec prehnane alebo neprimerane zaoberá myšlienkou, že vykonal niečo zlé v detstve – napr. sa to týka masturbácie. Niekedy sa cíti zodpovedným za katastrofickú udalosť, napr. požiar alebo nehodu, pritom si tým nemá v skutočnosti nič spoločné. Niekedy majú tieto bludy religiózny nádych, napr. presvedčenie o tom, že jeho hriech je neodpustiteľný a večne bude trpieť božím trestom. Niekedy si subjekt jednoducho myslí, že si zaslúži potrestanie zo strany spoločnosti. Môže tráviť veľa času tým, že presvedčuje o svojom hriechu každého, kto je ochotný počúvať ho. <i>Mali ste niekedy pocit, že ste dopustili niečoho hrozného, za čo by ste si zaslúžili trest?</i>	5	Závažne: Komplexný, dobre formovaný blud na základe ktorého subjekt koná a zaoberá sa ním poväčšine času; niektorý aspekt bludu alebo reakcií má pomerne bizarný charakter
	0	Neprítomné
	1	Sporné
	2	Mierne: bludy sú jednoduché a môžu sa vyskytovať bludy niekoľkých typov; subjekt o nich môže občas pochybovať
	3	Stredné: jasný, konzistentný blud, subjektom dôsledne obhajovaný
Bludy grandiozity (Grandiose Delusions) Jedinec verí, že má špeciálnu moc alebo schopnosti. Môže si myslieť, že je v skutočnosti niejakou známou osobnosťou, napr. rockovou hviezdou, Napoleonom, Kristom. Môže si myslieť,	4	Výrazne: jasný, konzistentný blud, subjektom dôsledne obhajovaný, subjekt na jeho základe koná
	5	Závažne: Komplexný, dobre formovaný blud na základe ktorého subjekt koná a zaoberá sa ním poväčšine času; niektorý aspekt bludu alebo reakcií má pomerne bizarný charakter
	0	Neprítomné
	1	Sporné
	2	Mierne: bludy sú jednoduché a môžu sa vyskytovať bludy niekoľkých typov; subjekt o nich môže občas pochybovať

<p>že spisuje knihu podstatného významu, komponuje vynikajúcu skladbu, vyvíja nový vynález. Často je podozrievavý, že by mu niekto chcel ukradnúť jeho nápady, môže ho veľmi podráždiť, ak niekto jeho idey spochybňuje.</p> <p><i>Máte nejaké špeciálne, nezvyčajné schopnosti alebo talent?</i></p> <p><i>Máte dojem, že ste blízko toho, aby ste dosiahli významné výsledky?</i></p>	3	Stredné: jasný, konzistentný blud, subjektom dôsledne obhajovaný
	4	Výrazne: jasný, konzistentný blud, subjektom dôsledne obhajovaný, subjekt na jeho základe koná
	5	Závažne: Komplexný, dobre formovaný blud na základe ktorého subjekt koná a zaoberá sa ním poväčšine času; niektorý aspekt bludu alebo reakcií má pomerne bizarný charakter
<p>Religiózne bludy (Religious Delusions)</p> <p>Jedinec sa zvýšenie zapodieva mylnými presvedčeniami religiózneho charakteru. Niekedy obsahy zodpovedajú kontextu konvenčných religiózných systémov, ako je viera v druhý príchod, v antikrista, v posadnutosť diablom. Inokedy sú to úplne nové religiózne systémy alebo koláž presvedčení zostavená z rôznych náboženstiev, najmä z náboženstiev východných, ako idey reinkarnácie alebo nirvány. Religiózne bludy sa môžu kombinovať s bludmi grandiozity (ak sa jedinec pokladá za náboženského vodcu), bludmi viny alebo bludmi kontrolovanosti. Religiózne bludy musia byť mimo rozsahu, ktoré sa považujú za normu v kultúrnom a náboženskom prostredí, v ktorom jedinec žije.</p> <p><i>Ste veriaci človek?</i></p> <p><i>Zažili ste niekedy neobvyklú náboženskú skúsenosť?</i></p> <p><i>Aká ste mali náboženskú výchovu v detstve?</i></p>	0	Neprítomné
	1	Sporné
	2	Mierne: bludy sú jednoduché a môžu sa vyskytovať bludy niekoľkých typov; subjekt o nich môže občas pochybovať
	3	Stredné: jasný, konzistentný blud, subjektom dôsledne obhajovaný
	4	Výrazné: jasný, konzistentný blud, subjektom dôsledne obhajovaný, subjekt na jeho základe koná
	5	Závažné: Komplexný, dobre formovaný blud na základe ktorého subjekt koná a zaoberá sa ním poväčšine času; niektorý aspekt bludu alebo reakcií má pomerne bizarný charakter
<p>Telesné bludy (Somatic Delusions)</p> <p>Jedinec je presvedčený, že má nejakú telesnú poruchu, telo je abnormné alebo zmenené. Napr. verí, že sa mu hnie žalúdok alebo mozog, že sa mu zväčšujú ruky alebo penis, že črty tváre sú</p>	0	Neprítomné
	1	Sporné
	2	Mierne: bludy sú jednoduché a môžu sa vyskytovať bludy niekoľkých typov; subjekt o nich môže občas pochybovať

<p>neobvyklé (dysmorfofóbia). Niekedy sú telesné bludy sprevádzané taktilnými alebo inými halucináciami, ak sa to vyskytne, je potrebné skórovať oboje. (Např. jedinec verí, že okolo jeho hlavy sa otáčajú guľičkové ložiská, umiestnil ich tam zubár, ktorý mu robil plombu, teraz dokonca počuje ako na seba narážajú).</p> <p><i>Deje sa niečo nepríjemné s vašim telom?</i></p> <p><i>Povšimli ste si nejakú zmenu na vašom vzhľade?</i></p>	3	Stredné: jasný, konzistentný blud, subjektom dôsledne obhajovaný
	4	Výrazné: jasný, konzistentný blud, subjektom dôsledne obhajovaný, subjekt na jeho základe koná
	5	Závažné: Komplexný, dobre formovaný blud na základe ktorého subjekt koná a zaoberá sa ním poväčšine času; niektorý aspekt bludu alebo reakcií má pomerne bizarný charakter
<p>Vzťahovačnosť a blud vzťahovačnosti (Ideas and Delusions of Reference)</p> <p>Jedinec verí, že nepodstatné poznámky, vyjadrenia alebo udalosti preň majú špeciálny význam. Např. vojde do miestnosti, vidí, že sa prítomní smejú a podozrieva ich, že hovoria a smejú sa na ňom. Niekedy sú zmienky prečítané v novinách, počuté v rádiu alebo vysielané v televízii považované za posolstvo určené zvlášť pre jedinca. Pri vzťahovačnosti je subjekt podozrievavý, ale uvedomuje si, že jeho interpretácie sú mylné. Ak naozaj verí, že nejaké zmienky alebo nejaké udalosti sa vzťahujú priamo naňho, vtedy sa to považuje za blud vzťahovačnosti.</p> <p><i>Stalo sa vám, že ste vstúpili do miestnosti a mysleli ste si, že sa ľudia o vás rozprávajú alebo sa na vás smejú?</i></p> <p><i>Postrehli ste niekedy, že by niektoré informácie uverejnené v časopisoch alebo niečo, čo ste videli v televízii bolo určené pre vás alebo by to obsahovalo nejakú zvláštnu, vám určenú správu?</i></p> <p><i>Zvyknú s vami iní ľudia nejakou zvláštnou komunikovať?</i></p>	0	Neprítomné
	1	Sporné
	2	Mierne: občasná vzťahovačnosť
	3	Stredné: výskyt aspoň raz týždenne
	4	Výrazné: aspoň 2 – 4 krát do týždňa
<p>Bludy ovládania (Delusions of Being Controlled)</p> <p>Jedinec má subjektívnu skúsenosť s tým, že jeho pocity alebo aktivity sú kontrolované z vonku. Základná požiadavka pre hodnotenie bludu tohto</p>	5	Závažné: častý výskyt
	0	Neprítomné
	1	Sporné
	2	Mierne: subjekt zažíva pocity kontrolovanosti, ale občas o tom pochybuje

<p>typu je silný subjektívny pocit kontrolovanosti. Nezahrnuje to jednoduché presvedčenie alebo idey takého charakteru, ako je napr. viera, že koná ako boží vyslanec, alebo že ho priatelia či rodičia nútia niečo vykonávať. Jedinec skôr musí opisovať napr. to, že jeho telo je ovládané nejakou neznámou silou, ktorá ho núti vykonávať zvláštne pohyby alebo že sú do jeho mozgu vysielané správy pomocou rádiových vln a to spôsobuje, že prežíva zvláštne pocity a uvedomuje si, že tie pocity nie sú jeho vlastné.</p> <p><i>Mali ste niekedy pocit, že vás ovláda nejaká sila mimo vás?</i></p>	3	Stredné: jasný zážitok kontrolovanosti, vyskytuje sa najmenej 2 – 3 krát týždenne
	4	Výrazné: jasné zážitky kontrolovanosti, častý výskyt, môže byť ovplyvnené aj konanie
	5	Závažné: jasné zážitky kontrolovanosti, častý výskyt, prestupuje to životom jedinca, často je ovplyvnené konanie
<p>Bludy čítania myšlienok (Delusions of Mind Reading)</p> <p>Jedinec je presvedčený, že iní ľudia sú schopní čítať jeho myšlienky a vedia na čo myslí. Je to odlišné od vysielania myšlienok (pozri nižšie), keďže v tomto prípade sa jedná o presvedčenie bez percepcie. Znamená to, že jedinec subjektívne prežíva a uvedomuje si, že iní poznajú obsah jeho myšlienok, ale nemyslí si, že by myšlienky mohli počuť (že by myšlienky mohli byť ozvučené).</p> <p><i>Mali ste niekedy pocit, že by ľudia mohli čítať vaše myšlienky?</i></p>	0	Neprítomné
	1	Sporné
	2	Mierne: subjekt zažíva pocit, že mu niekto číta myšlienky, ale občas o tom pochybuje
	3	Stredné: jasný zážitok čítania myšlienok, vyskytuje sa najmenej 2 – 3 krát týždenne
	4	Výrazné: jasné zážitky čítania myšlienok, častý výskyt, môže byť ovplyvnené aj konanie
<p>Vysielanie myšlienok (Thought Broadcasting)</p> <p>Subjekt je presvedčený, že jeho myšlienky sú vysielané, takže iní ľudia ich môžu počuť. Niekedy jedinec zažíva pocit, že jeho myšlienky sú ako hlasy mimo jeho hlavy; je to auditórna halucinácia a zároveň blud. Niekedy si subjekt myslí, že jeho myšlienky sú vysielané, hoci ich on sám nepočuje. Niekedy si myslí, že sú zachytené mikrofónom a vysielané rádiom či televíziou.</p> <p><i>Počuli ste niekedy svoje myšlienky mimo vás, akoby to boli hlasy mimo vašej hlavy?</i></p>	0	Neprítomné
	1	Sporné
	2	Mierne: subjekt zažíva pocit, že jeho myšlienky sú vysielané, ale občas o tom pochybuje
	3	Stredné: jasný zážitok, že jeho myšlienky sú vysielané čítania myšlienok, výskyt 2 – 3 krát týždenne
	4	Výrazné: jasné zážitky, že jeho myšlienky sú vysielané, častý výskyt, môže byť ovplyvnené aj konanie

<i>Mali ste niekedy pocit, že sú vaše myšlienky vysielané, takže iní ľudia by ich mohli počuť?</i>	5	Závažné: jasné zážitky, že jeho myšlienky sú vysielané, častý výskyt, prestupuje to životom jedinca, často je ovplyvnené konanie
Vkladanie myšlienok (Thought Insertion) Jedinec je presvedčený, že jeho myšlienky nie sú jeho vlastné a boli mu vložené do mysle. Napr. subjekt verí, že sused praktikuje woodoo a do jeho mysle implantoval cudzie myšlienky so sexuálnym obsahom. Tento symptóm nemá byť zamieňaný s pocitmi nepríjemných myšlienok, ktoré subjekt identifikuje ako jeho vlastné, tak je to napr. pri blude prenasledovania alebo blude previnenia sa. <i>Mali ste niekedy pocit, že by vám boli vložené myšlienky do vašej hlavy nejakou vonkajšou silou?</i> <i>Zažili ste niekedy pocit, že by vaše myšlienky neboli vaše vlastné?</i>	0	Neprítomné
	1	Sporné
	2	Mierne: subjekt zažíva pocit vkladania myšlienok, ale občas o tom pochybuje
	3	Stredné: jasný zážitok pocitu vkladania myšlienok, výskyt 2 – 3 krát týždenne
	4	Výrazné: jasné zážitky pocitu vkladania myšlienok, častý výskyt, môže byť ovplyvnené aj konanie
Odoberanie myšlienok (Thought Withdrawal) Jedinec je presvedčený, že z hlavy sú mu odberané myšlienky. Je schopný popísať subjektívny pocit, toho, že mu príde na um nejaká myšlienka a potom je náhle odstránená nejakou vonkajšou silou. Tento symptóm v sebe nezahrnuje prosté subjektívne uvedomovanie si alogie. <i>Mali ste niekedy pocit, že sú vám nejakou vonkajšou silou odoberané myšlienky?</i>	5	Závažné: jasné zážitky pocitu vkladania myšlienok, častý výskyt, prestupuje to životom jedinca, často je ovplyvnené konanie
	0	Neprítomné
	1	Sporné
	2	Mierne: subjekt zažíva pocit odoberania myšlienok, ale občas o tom pochybuje
	3	Stredné: jasný zážitok odoberania myšlienok, výskyt 2 – 3 krát týždenne
Celkové hodnotenie závažnosti bludov (Global Rating of Severity of Delusions) Celkové hodnotenie je založené na trvaní, perzistencii bludov, na miere, v akej sa subjekt bludmi zaoberá, miere presvedčenia subjektu o ich existencii a miere vplyvu na aktivitu subjektu. Taktiež je potrebné zahrnúť mieru bizarnosti	4	Výrazné: jasné zážitky odoberania myšlienok, častý výskyt, môže byť ovplyvnené aj konanie
	5	Závažné: jasné zážitky odoberania myšlienok, častý výskyt, prestupuje to životom jedinca, často je ovplyvnené konanie
	0	Neprítomné
Celkové hodnotenie závažnosti bludov (Global Rating of Severity of Delusions) Celkové hodnotenie je založené na trvaní, perzistencii bludov, na miere, v akej sa subjekt bludmi zaoberá, miere presvedčenia subjektu o ich existencii a miere vplyvu na aktivitu subjektu. Taktiež je potrebné zahrnúť mieru bizarnosti	1	Sporné
	2	Mierne: bludy sa jednoznačne vyskytujú, ale subjekt o svojom presvedčení občas pochybuje

a neobvyklosti bludov. Bludy, ktoré neboli zvlášť spomínané vyššie, sa majú hodnotiť v tejto položke.	3	Stredné: je plne presvedčený o bludných obsahoch, nevyskytujú sa často a majú len malý vplyv na konanie
	4	Výrazné: pevné presvedčenie o bludných obsahoch, častý výskyt a časté ovplyvnenie konania
	5	Závažné: komplexné, dobre formované a prenikavé (pervazívne) bludy; pevné presvedčenie, výrazný vplyv na konanie jedinca; môžu byť neobvyklé alebo bizarné

BIZARNÉ KONANIE
(BIZARRE BEHAVIOR)

Konanie jedinca je nezvyčajné, bizarné, fantastické. Napr. subjekt môže močiť do cukorničky, pomalovať každú polovicu svojho tela odlišnou farbou, alebo pozabíjať celý vrh prasiať tak, že im roztrieska hlavy o stenu. Informácie súvisiace s touto časťou získame jednak od subjektu, inokedy sú informácie z iných zdrojov, niekedy na základe priameho pozorovania. Z hodnotenia sa vylučuje konanie, ktoré súvisí s priamym vplyvom alkoholu alebo iných drog. Tak ako pri hodnotení iných prejavov, je pri hodnotení potrebné zvažovať kultúrne a sociálne normy, majú byť podrobne analyzované a popísané typické príklady konania.

Oblečenie a výzor (Clothing and Appearance) Oblečenie je neobvyklé alebo nachádzame zvláštne prvky, ktoré narúšajú výzor. Napr. môže si kompletne vyholiť hlavu, alebo pomaluje jednotlivé časti tela rôznymi farbami. Oblečenie môže byť veľmi zvláštne; napr. rozhodne sa nosiť šatstvo, ktoré je vo všeobecnosti neprimerané alebo neakceptovateľné, napr. basebalovú čapicu v kombinácii s gumenými galošami a dlhými spodkami, s džínsovým overalom navrchu. Môže sa obliecť do fantastických kostýmov, ktoré predstavujú historické osobnosti alebo mimozemšťanov. Môže sa obliecť úplne neprimerane ku klimatickým podmienkam, napr. do teplého vlneného oblečenia uprostred horúceho leta. <i>Komentoval niekedy niekto to, ako vyzeráte?</i>	0	Neprítomné
	1	Sporné
	2	Mierne: občas výstrednosti vo výzore alebo odievaní
	3	Stredné: výzor alebo ošatenie je zjavne neobvyklé, môže priťahovať pozornosť
	4	Výrazné: výzor alebo oblečenie sú veľmi neobvyklé
	5	Závažné: výzor alebo oblečenie mimoriadne fantastické alebo bizarné
Sociálne a sexuálne správanie, konanie (Social and Sexual Behavior) Jedinec sa môže správať spôsobom, ktorý je podľa daných sociálnych noriem považovaný za nevhodný. Môže napr. masturbovať na ulici, močiť alebo defekovať na neprimeraných miestach alebo obnažovať sa. Môže chodiť po uliciach a mrmlať si sám pre seba, môže sa pýtať ľudí, ktorých nepozná na ich osobný život (napr. na zastávke	0	Neprítomné
	1	Sporné
	2	Mierne: občasný výskyt pomerne výstredného správania sa
	3	Stredné: častý výskyt výstredného správania sa
	4	Výrazné: veľmi výstredné správanie sa

<p>električky, na verejných miestach). Padne na kolená uprostred davu, modlí sa a vykrikuje, alebo si uprostred zástupu náhle sadne do pozície z jogy. Môže mať neprimerané sexuálne návrhy alebo poznámky voči neznámym ľuďom.</p> <p><i>Spravili ste niekedy niečo také, čo sa mohlo zdať pre iných čudné alebo čím ste na seba pritiahli pozornosť?</i></p>	5	Závažné: extrémne výstredné správanie sa, môže mať až fantastickú kvalitu
<p>Agresívne konanie a agitovanosť (Aggressive and Agitated Behavior)</p> <p>Subjekt sa môže správať agresívne alebo agitovane, často sa to nedá dopredu predpokladať. Môže sa začať nevhodne hádať s priateľmi, rodinnými príslušníkmi alebo môže obťažovať neznámych ľudí na ulici, nadávať im. Môže písať výhražné alebo nenávisťné listy vládny úradom alebo iným adresátom, s ktorými sa dostal do sporu. Niekedy sa subjekt môže dopustiť krutosti - napr. spôsobuje zranenia alebo týra zvieratá alebo sa pokúša ublížiť ľuďom alebo ich zabiť.</p> <p><i>Stalo sa, že ste chceli nejakým spôsobom ublížiť zvieratám alebo ľuďom?</i></p> <p><i>Dostali ste sa s niekým do vážnejšieho sporu?</i></p> <p><i>Dávali ste najavo, že ste nazlostený?</i></p>	0	Neprítomné
	1	Sporné
	2	Mierne: občasný výskyt
	3	Stredné: napr. písanie zlostných listov neznámym ľuďom
	4	Výrazné: veľmi výstredné správanie sa
<p>Repetitívne a stereotypné konanie (Repetitive or Stereotyped Behavior)</p> <p>U jedinca sa môže objaviť zostava repetitívnych úkonov a rituálov, ktoré musí opäť a opäť vykonávať. Často týmto úkonom pripisuje symbolický význam a verí, že môžu buď ovplyvniť iných alebo ochrániť jeho samého. Môže napr. jesť večer čo večer ako dezert farebnú fazuľu, predpokladá pritom, že z rôznej farby fazule budú vyplývať rôzne dôsledky. Musí napr. jesť jedlo v určitom poradí, nosiť isté oblečenie alebo obliekať sa len určitým postupom. Opakovane píše sám sebe alebo iným odkazy, niekedy pri tom používa zvláštny alebo okultný jazyk.</p> <p><i>Máte pocit, že nejaké veci musíte urobiť?</i></p>	5	Závažné: extrémne výstredné správanie sa, môže mať až fantastickú kvalitu
	0	Neprítomné
	1	Sporné
	2	Mierne: občasný výskyt ritualistického alebo stereotypného konania
	3	Stredné: napr. rituály pri jedle alebo obliekaní sa, ktoré nemajú symbolický charakter
	4	Výrazné: napr. rituály pri jedle alebo obliekaní so symbolickým charakterom
	5	Závažné: napr. písanie si denníka v nezrozumiteľnom jazyku

Celkové hodnotenie bizarného konania (Global Rating of Severity of Bizarre Behavior) Hodnotiteľ má pri skórovaní zvažovať typ správania, mieru do akej sa odlišuje od sociálnych noriem, subjektívne uvedomovanie si miery do akej je správanie odlišné a stupeň zjavnej bizarnosti konania (správania sa).	0	Neprítomné
	1	Sporné
	2	Mierne: občasný výskyt neobvyklého alebo zdanlivo idiosynkratického správania, subjekt má obyčajne istý náhľad
	3	Stredné: správanie sa zjavne odchyľuje od sociálnych noriem a javí sa mierne bizarne; subjekt môže mať istý náhľad
	4	Výrazné: správanie sa jednoznačne odchyľuje od sociálnych noriem a je zjavne bizarné; subjekt môže mať istý náhľad
	5	Závažné: správanie sa je extrémne bizarné alebo fantastické; môže v sebe zahrňovať jednotlivý extrémny akt, napr. pokus o vraždu; subjekt zvyčajne nemá žiadny náhľad

POZITÍVNE FORMÁLNE PORUCHY MYSLENIA (POSITIVE FORMAL THOUGHT DISORDER)

Pozitívne formálne poruchy myslenia nachádzame pri fluentnom verbálnom prejave, ktorý však z viacerých príčin nenesie dostatočnú komunikačnú informáciu. Subjekt preskakuje z témy na tému bez upozornenia, vyrušený udalosťami v bezprostrednom okolí, spája dokopy slová len pre ich sémantickú alebo fonologickú podobnosť, hoci spolu nedávajú žiadny zmysel, alebo ignoruje položenú otázku a kladie otázku ďalšiu. Tento rečový prejav môže byť rýchly a často pôsobí veľmi nespojito. Niekedy býva označovaný ako "uvoľnenie asociácií". Na rozdiel od alogie (negatívne formálne poruchy myslenia), jedinec podáva množstvo detailov a tok reči má skôr energický ako apatický charakter.

Aby sa dali poruchy myslenia vyšetriť, subjekt má mať možnosť hovoriť vyčerpávajúco o nejakej téme, najmä o téme, ktorá sa priamo netýka jeho psychopatologických obsahov a to približne 5 až 10 minút. Hodnotiteľ má podrobne sledovať mieru, do akej sú sekvencie myšlienok navzájom dobre prepojené. Hodnotiteľ musí taktiež vyvinúť úsilie na to, aby sa viac spresnili alebo analyzovali myšlienky, ktoré sú vágne alebo nezrozumiteľné. Je potrebné venovať veľkú pozornosť schopnosti subjektu odpovedať na rôzne typy otázok - v rozsahu od jednoduchých (Kde ste sa narodili?) po zložitejšie (Čo si myslíte o súčasnej vláde?).

Základom hodnotenia je trvanie interview v dĺžke približne 45 minút. Skórovanie sa primerane prispôsobí, ak je interview kratšie.

Uvoľnenie asociácií (Derailment /Loose Associations/) Spôsob spontánneho verbálneho prejavu, pri ktorom sa myšlienkové zameranie presúva z jednej témy na druhú. Témy pritom môžu byť v zjavnej, aj keď neostrej súvislosti alebo je prítomná zmena zamerania na tému, ktorá nie je vôbec v žiadnom vzťahu k téme predchádzajúcej. Hovorí veci, ktoré sú v juxtapozícii, chýba medzi nimi zmysluplný vzájomný vzťah, alebo idiosynkraticky preskakuje z jednej témy na inú. Miestami môže byť kohézia medzi vyjadrovanými ideami vágna, inokedy nie je žiadna. Tento spôsob verbálneho prejavu býva často	0	Neprítomné
	1	Sporné
	2	Mierne: občasný výskyt uvoľnenia asociácií, len nepodstatné zmeny témy
	3	Stredné: niekoľkokrát sa vyskytne uvoľnenie asociácií; subjekt má niekedy problém pokračovať v téme
	4	Výrazné: častý výskyt uvoľnených asociácií, subjekt má často problém pokračovať v téme

<p>charakterizovaný tak, že znie "rozpadnuto". Táto porucha sa asi najčastejšie prejavuje tak, že pozorujeme pomalý, trvalý odklon od témy, bez toho, že by jednotlivé skoky boli mimoriadne závažné, takže hovoriaci sa dostáva ďalej a ďalej od témy a pritom si vôbec neuvedomuje, že jeho výpoveď už vôbec nesúvisí s otázkou, ktorá mu bola položená. Tento prejav je často charakterizovaný tým, že sa vytráca spojitosť medzi hlavnými a vedľajšími vetami a je prítomné nepresné používanie zámen.</p> <p>Príklad: Vyšetrujúci: "Páčilo sa vám štúdium na vysokej škole?" Subjekt: "Hm, hm. No, ja no, fakt sa mi pozdávali niektoré partie, čo som spoznala, a tak, a na ďalší deň som mal ísť von, viete, hm..., mala som kontrolné záležitosti ako..., dala som, hm..., odfarbila som si vlasy na blond v, v..., v Kalifornii. Moja spolubývajúca bola z Chicaga, chodila do nižšieho ročníka. A bývali sme v Y.M.C.A, takže chcela mi dať, hm..., na vlasy peroxid, ja som sa potom zdvihla, pozrela som sa do zrkadla a zaliali ma slzy. Takže teraz to už chápete, uvedomovala som si, čo sa deje, ale prečo to nemohlo byť, ..., ja ... prečo, prečo slzy? Nechápem to, vy áno?"</p>	<p>5 Závažné: uvoľnenie asociácií je tak časté a/alebo extrémne závažné, že výpoveď je takmer nezrozumiteľná</p>
<p>Tangenciálne myslenie (Tangentiality)</p> <p>Odpovede sa len nepriamo vzťahujú k otázke, sú tangenciálne alebo až irelevantné. Odpoveď sa vzdialene môže otázky týkať alebo sa nemusí s otázkou vôbec súvisieť, je úplne irelevantná. Tangenciálne myslenie sa minulosti považovalo v podstate za ekvivalent uvoľnenia asociácií. Koncept však bol čiastočne revidovaný, takže sa vzťahuje len k odpovediam na otázky a nie k odklonu od témy pri spontánnom verbálnom prejave.</p> <p>Príklad: Vyšetrujúci: "Odkiaľ pochádzate?" Subjekt: "Na to sa ťažko odpovedá, pretože moji rodičia ... narodil som sa v lowe, ale viem, že som beloch a nie černoch, takže asi pochádzam niekde zo severu, ale neviem odkiaľ, viete, nie som si naozaj istý, či som Ír alebo Škandinávec, ale neverím, neverím, že by som bol Poľiak, ale myslím, myslím si, že by som mohol byť Nemec alebo Welšan.</p>	<p>0 Neprítomné</p>
	<p>1 Sporné</p>
	<p>2 Mierne: jedna alebo dve odchylné odpovede</p>
	<p>3 Stredné: občasné odchylné odpovede (3 - 4 krát)</p>
	<p>4 Výrazné: časté odchylné odpovede (viac ako štyri krát)</p>
	<p>5 Závažné: tangencialita je natoľko závažná, že rozhovor s pacientom je mimoriadne obtiažny</p>

Inkoherentné myslenie (Incoherence /Word Salad, Schizophasia/) Verbálny prejav je miestami úplne nezrozumiteľný. Inkoherentné myslenie je často spojené s uvoľnením asociácií. Odlišuje sa tým, že pri inkoherencii sú abnormity prítomné <u>v rámci</u> jednej hlavnej alebo vedľajšej vety. Tie obsahujú slová alebo frázy, ktoré sú nesúvislo prepojené. Porucha zodpovedajúca uvoľneniu asociácií v sebe zahŕňa nejasné alebo mätúce spojenia väčších jednotiek - hlavných viet alebo dopĺňujúcich súčastí (klausúl). Tento typ poruchy myslenia je relatívne vzácny. Ak sa už vyskytne, potom je v závažnej alebo extrémnej forme, mierne formy sú pomerne zriedkavé. Je veľmi podobný prejavom pre Wernickeho afáziu, alebo pri žargónovej afázii (<i>fluentná afázia s paraafáziami podobnými neologizmom a perseveráciami - pozn. prekladateľa</i>). Porucha odpovedá inkoherencii len vtedy, ak sa na základe anamnézy a pomocných vyšetrovacích metód vylúči možnosť náhlej cievej príhody a negatívne je aj formálne vyšetrenie zamerané na afáziu. Výnimky: Ľahké agramatické tvary alebo idiómy typického regionálneho alebo etnického charakteru; nedostatok vzdelania; nízky intelekt. Príklad: Vyšetrojúci: "Aký je váš názor na súčasné politické problémy, napr. na energetickú krízu?" Subjekt: "Ničí sa príliš veľa dobytká a ropy, na to, aby sa vyrábalo mydlo. Keď potrebujeme mydlo keď skočíte do bazénu s vodou a keď si pôjdete kúpiť benzín, moji predkovia si vždy mysleli, že by mali, môže vybuchnúť, ale najlepšie čo sa dá je benzín, a, peniaze. Môžete, môžete tam takisto ísť a, robiť v niečom, vrchnáky na fľaše a, hm, pneumatiky, a spolu traktory, garáže, môžu oddeliť autá od vrakov, o tom som presvedčený."	0	Neprítomné
	1	Sporné
	2	Mierne: občasný výskyt inkoherencie
	3	Stredné: časté prejavy inkoherencie
	4	Výrazné: prinajmenej polovice prejavu je nezrozumiteľná
Nelogickosť (Illogicality) Verbálny prejav, v ktorom dospieva subjekt k záverom, ktoré nie sú logické. Môže to mať formu non-sequiturs (= nenasleduje to po), ak subjekt robí logické závery medzi dvoma tvrdeniami, ktoré sa	5	Závažné: takmer celý verbálny prejav je nezrozumiteľný
	0	Neprítomné
	1	Sporné
	2	Mierne: občasný výskyt nelogickosti
	3	Stredné: časté prejavy nelogickosti (3 – 4 krát)

<p>k sebe nevzťahujú alebo sú nelogické. Taktiež to môže mať formu nesprávnych záverov a záverov odvodených od nesprávnych premís bez toho, že by boli aktuálne prítomné bludy.</p> <p>Výnimky: Nelogickosť môže byť viesť, alebo byť odvodená, od bludných presvedčení. Ak sa nelogickosť vyskytne v rámci bludného systému, malo by sa to priradiť k bludom a nepovažovať ju za zvláštny fenomén, ktorý by zodpovedal inému typu porúch myslenia. Vylučuje sa i nelogické myslenie, ktoré jednoznačne vyplýva z kultúrnych alebo regionálnych zvykov a intelektového deficitu.</p> <p>Príklad: "Rodičia sú ľudia, ktorí vás vychovali. Hocičo, čo vás vychováva môže byť rodičmi. Rodičmi môže byť hocičo - materiál, zelenina, alebo minerál - všetko vás niečo naučí. Rodičmi môže byť všetko čo je živé, tak je to. Ale skaly – človek sa pozrie na skalu a niečo sa od nej naučí, takže môže byť rodičom“.</p>	4	Výrazné: veľká časť prejavu subjektu má nelogický charakter (viac ako štyri krát)
	5	Závažné: väčšina produkcie je nelogická
<p>Zabiehavosť (Circumstantiality)</p> <p>Vyjadrovanie nie je priamo zamerané a cieľ výpovede je sa dosahuje neskôr. V priebehu vysvetľovania nejakého obsahu uvádza subjekt množstvo nepodstatných detailov a z času na čas uvádza doplňujúce poznámky, akoby v zátvorkách. Pokiaľ nie je subjekt prerušený a cielene usmerňovaný, môžu zabiehavé odpovede trvať dlhé</p>	0	Neprítomné
	1	Sporné
	2	Mierne: občasný výskyt zabiehavosti
	3	Stredné: časté výskyt zabiehavosti
	4	Výrazné: najmenej polovica verbálnej produkcie má známky zabiehavosti

<p>minúty. Vyšetrjúci často rozpozná zabiehavosť na základe toho, že musí jedinca prerušovať, ak sa má odobrať anamnéza v určenom časovom rozsahu. Niekedy bývajú ľudia zo zabiehavosťou označovaní tak, že hovoria „zoširoka“.</p> <p>Výnimky: Aj keď môže zabiehavosť koexistovať spolu s chudobnosťou obsahu rečového prejavu alebo so stratou schopnosti vyjadriť cieľový obsah, odlišuje sa od chudobnosti rečového prejavu, pretože je prítomné nadmerné množstvo ďalších a ďalších ilustratívnych detailov a líši sa od straty schopnosti vyjadriť cieľový obsah tým, že cieľ sa nakoniec - ak sa subjektu umožní hovoriť dostatočne dlho - dosiahne. Od zabiehavosti sa líši tým, že detailný opis sa úzko týka cieľového obsahu alebo cieľovej myšlienky tento cieľ, sa, podľa definície, nakoniec dosiahne.</p>	<p>5 Závažné: väčšina produkcie má známky zabiehavosti</p>
<p>Prekotná reč (Pressure of Speech)</p> <p>Nadmerná produkcia pri spontánnom verbálnom prejave v porovnaní s bežne akceptovanou normou alebo sociálnymi zvykmi. Subjekt hovorí rýchlo, ťažko je ho prerušiť. Niektoré vety zostávajú neukončené pre potrebu vyjadriť stále novú myšlienku. Na jednoduché otázky, kedy by sa vyžadovala odpoveď niekoľkými slovami alebo vetami, odpovedá minúty a nie sekundy a nemusí odpoveď ukončiť, ak nie je prerušený. Aj pri prerušení má tendenciu pokračovať v odpovedi. Reč je hlasná s výrazným emočným podfarbením. Niekedy subjekt s výraznou vnútorným tlakom na verbálnu produkciu hovorí aj vtedy, ak nemá žiadne podnety z okolia, dokonca, aj keď ho nikto nepočúva. Ak užíva subjekt neuroleptiká alebo lítium, reč je často kvôli liekom spomalená, hodnotenie je v tom prípade založené na základe kvantity, hlasitosti a sociálnej primeranosti. Ak sa berie do úvahy kvantitatívne hľadisko, potom frekvencia viac ako 150 slov za minútu je považovaná za rýchlu, či prekotnú. Prejav môže byť sprevádzaný uvoľnením asociácií, tangencialitou alebo inkoherenciou, odlišuje sa však od týchto symptómov.</p>	<p>0 Neprítomné</p>
	<p>1 Sporné</p>
	<p>2 Mierne: ľahko prekotná reč; mierne zvýšenie kvantity prejavu, tempa alebo hlasitosti</p>
	<p>3 Stredné: obvyčajne trvá niekoľko minút, kým subjekt odpovie na jednoduchú otázku; môže rozprávať aj vtedy, keď ho nikto nepočúva</p>
	<p>4 Výrazné: často trvá až tri minúty, kým odpovie na jednoduchú otázku; niekedy začne hovoriť bez podnetu z okolia; ťažko sa dá prerušiť</p>
	<p>5 Závažné: takmer stále rozpráva, nedá sa vôbec prerušiť a/alebo kričí, aby prerušil reč ostatných</p>

Roztržitosť rečového prejavu (Distractible Speech) V priebehu rozhovoru alebo interview, preruší subjekt výpoveď uprostred vety alebo myšlienky a zmení tému na podklade podnetu v okolí - napr. predmet na stole, oblečenie alebo vzhľad vyšetrujúceho a pod. Príklad: potom som odišiel zo San Francisca a presťahoval som sa do kde ste kúpili tú kravatu? Vyzerá ako z päťdesiatych rokov. Milujem to teplo v San Diegu. To máte mušľu na tom stole? Potápali ste sa niekedy s dýchacím prístrojom?	0	Neprítomné
	1	Sporné
	2	Mierne: 1 x krát počas interview sa odpúta pozornosť od témy
	3	Stredné: pozornosť sa odpúta od témy 2 - 3 x krát počas interview
	4	Výrazné: pozornosť sa odpúta od témy 5 - 10 x krát počas interview
Zvukové asociácie (Clanging) Spôsob rečového prejavu, pri ktorom je výber slov založený skôr na vzťahu zvukovej podobnosti ako na vzťahu podobnosti významovej. Stráca sa tým významovosť reči, objavujú sa redundantné slová. Popri spojení založenom na rýmovaní sa môžu vyskytovať aj slovné hračky založené na asociáciách, takže zvukovo podobné slovo mení význam výpovede. Príklad: "Nesnažím sa len vydávať zvuky. Snažím sa, aby to malo zmysel. Ak nájdete zmysel v nezmysle, je to celkom zábavné. Snažím sa nájsť zmysel mimo zmyslu. Už nevytváram zmysly (skysli). Už musím urobiť kyslú kapustu".	0	Neprítomné
	1	Sporné
	2	Mierne: môže sa vyskytnúť 1 x krát počas interview
	3	Stredné: vyskytuje sa 2 - 4 x počas interview
	4	Výrazné: výskyt 5 - 10 krát počas interview
Celkové hodnotenie pozitívnych formálnych porúch myslenia (Global Rating of Positive Formal Thought Disorder) Hodnotenie má byť založené na type abnormných prejavov, na miere nakoľko porucha ovplyvňuje schopnosť komunikácie, na frekvencii výskytu abnormných prejavov v reči, a na miere závažnosti prejavov.	0	Neprítomné
	1	Sporné
	2	Mierne: môže sa vyskytnúť 1 x krát počas interview
	3	Stredné: vyskytuje sa 2 - 4 x počas interview
	4	Výrazné: výskyt 5 - 10 krát počas interview

	5	Závažné: vyskytuje sa viac ako 10 x alebo tak často, že rozhovor sa stáva nezrozumiteľným
--	---	---

Príloha č. 2
SCALE FOR THE ASSESSMENT OF NEGATIVE SYMPTOMS (SANS)

Nancy C. Andreasen, M.D., Ph.D.

Department of Psychiatry
College of Medicine
The University of Iowa
Iowa City, Iowa 52242

1984, 2000

preložené so súhlasom autorky
preklad: doc. MUDr. Ján Pečeňák, CSc.

AFEKTÍVNA OPLOŠTENOSŤ ALEBO OTUPENOSŤ

Nemenný výraz tváre
Zníženie spontánnej pohybovej aktivity
Chudobnosť výrazovej (expresívnej) gestikulácie
Chudobný očný kontakt
Nedostatočné afektívne reagovanie
Nedostatočná hlasová modulácia
Neprimeraný afektívny sprievod

ALOGIA

Chudobnosť kvantity rečového prejavu
Chudobnosť obsahu reči
Zárazy
Predĺžená latencia odpovedí

ABÚLIA - APATIA

Úprava a hygiena
Nedostatok vytrvalosti v práci alebo štúdiu
Nedostatok telesnej energie

ANHEDÓNIA - NESPOLOČENSKOSŤ

Rekreačné záujmy a aktivity
Záujem o sexuálny život a sexuálna aktivita
Schopnosť prežívať intimitu a blízkosť
Vzťahy s priateľmi a rovesníkmi

POZORNOSŤ

Nevšímavosť, ľahostajnosť v spoločenských situáciách
Nepozornosť pri cielenom vyšetrení psychických funkcií

AFEKTÍVNA OPLOŠTENOSŤ ALEBO OTUPENOSŤ (AFFECTIVE FLATTENING OR BLUNTING)		
<p>Afektívna oploštenosť alebo otupenosť sa prejavuje ako charakteristické ochudobnenie afektívnej expresie, reaktivity a prežívania. Afektívna oploštenosť môže byť posúdená na základe pozorovania správania sa a reaktivity pacienta počas štandardného interview. Hodnotenie niektorých položiek môže byť ovplyvnené užívaním liekov, to môže navodiť maskovitý výraz tváre a obmedzenie pridružených pohybov. Iné zložky afektívneho prežívania, ako je reaktivita a primeranosť však narušené nie sú.</p>		
Nemenný výraz tváre (Unchanging Facial Expression) Pacientov výraz tváre pôsobí drevene, mechanicky, akoby zmrazené. Nemení výraz, alebo expresia je prítomná v menšej miere, ako by sa dalo očakávať. Keďže fenotiazíny môžu čiastočne navodiť podobný efekt, je dôležité, aby posudzovateľ starostlivo zvažoval skutočnosť, či je pacient na medikácii, nemal by sa však snažiť v tej súvislosti hodnotenie „korigovať“.	0	Neprítomné. Pacient pôsobí normálne alebo labilne.
	1	Sporný pokles
	2	Mierny: Expresia niekedy nie je vyjadrená tak, ako by sa dalo očakávať
	3	Stredný: Expresia je plochá, ale neabsentuje úplne
	4	Výrazne: Subjekt má "plochý výraz", ale náznaky afektívneho prežívania sa občas objavujú
Zníženie spontánnej pohybovej aktivity (Decreased Spontaneous Movements) Pacient sedí počas rozhovoru pokojne, je prítomných málo spontánnych pohybov. Nemení pozíciu, nehýbe hornými ani dolnými končatinami, alebo je táto aktivita nižšia oproti normálnemu očakávaniu.	5	Závažne: Výraz tváre je "drevený", mení sa málo, ak vôbec
	0	Neprítomné: pohyby sú normálne alebo je subjekt hyperaktívny
	1	Sporný pokles
	2	Mierny: istý pokles spontánnej pohybovej aktivity
	3	Stredný: pohyby sú pozorované 3 – 4 krát počas interview
Chudobnosť výrazovej (expresívnej) gestikulácie (Paucity of Expressive Gestures) Pacient nevyužíva svoje telo ako pomocný prostriedok na vyjadrenie myšlienok, myslí sa tým gestikulácia rukami, naklonenie sa dopredu v úvode vyjadrenia nejakej myšlienky, zaklonenie sa dozadu ako výrazu relaxácie, a podobne. Môže to byť prítomné na dôvažok k zníženiu spontánnej pohybovej	4	Výrazne: pohyby sú pozorované 1 – 2 krát počas interview
	5	Závažne: počas celého interview sedí subjekt nehybne
	0	Neprítomné: expresívna gestikulácia je prítomná normálne alebo nadmerne
	1	Sporný pokles
	2	Mierny: istý pokles v expresívnej gestikulácii
	3	Stredný: subjekt využíva telo ako pomocný prostriedok expresie najmenej 3 – 4 krát počas interview
	4	Výrazne: subjekt využíva telo ako pomocný prostriedok expresie len 1 – 2 krát počas interview

aktivity.	5	Závažne: pacient nikdy nevyužíva telo (pantomimiku) ako pomocný vyjadrovací prostriedok
Chudobný očný kontakt (Poor Eye Contact) Subjekt sa vyhýba priamemu pohľadu na iných ľudí alebo nevyužíva očný kontakt ako výrazový prostriedok. Dokonca aj vtedy, keď hovorí, pôsobí ako by len zísal do priestoru.	0	Neprítomné: kvalitný očný kontakt a výraz
	1	Sporný pokles
	2	Mierny: istý pokles v kvalite očného kontaktu a výrazu očí
	3	Stredný: zníženie kvality očného kontaktu na polovicu normálneho stavu
	4	Výrazne: veľmi zriedkavý očný kontakt
	5	Závažne: takmer nikdy sa nepozrie na vyšetrujúceho
Nedostatočné afektívne reagovanie (Affective Nonresponsivity) Neschopnosť usmievať alebo smiať sa, ktorá je prítomná napriek navodeniu (provokácii) situácie. Môže sa otestovať žartovaním alebo smiechom takým spôsobom, ktorý obyčajne navodí za normálnych podmienok úsmev. Vyšetrujúci sa môže opýtať „Zabudli ste sa už usmievať?“, pričom sa sám usmieva.	0	Neprítomné
	1	Sporný pokles
	2	Mierny: istý ale nepochybný pokles v reakciách
	3	Stredný: subjekt občas pôsobí tak, že nie je schopný reagovať na primeraný podnet (narážku)
	4	Výrazne: väčšinou nereaguje na podnet
	5	Závažne: subjekt nereaguje dokonca ani po priamom podnete
Nedostatočná hlasová modulácia Lack of Vocal Inflections V reči subjektu chýba normálny spôsob modulácie. Reč je monotónna, dôležité výrazy nie sú zdôraznené zmenou hlasitosti ani výšky hlasu. Subjekt taktiež nemení hlasitosť v závislosti od témy, takže nestíši hlas pri intímnych témach alebo nezvýši hlas pri témach, ktoré sú spojené so vzrušením alebo pri ktorých by sa očakávalo zosilnenie hlasu.	0	Neprítomné: normálna modulácia hlasu
	1	Sporný pokles
	2	Mierny: ľahký pokles hlasovej modulácie
	3	Stredný: pri vyšetrení sa dá zachytiť občasné chýbanie primeranej hlasovej modulácie
	4	Výrazne: zjavný pokles v hlasovej modulácii
	5	Závažne: trvalo monotónny hlasový prejav
Celkové hodnotenie afektívnej oploštenosti (Global Rating of Affective Flattening) Celkové hodnotenie má byť zamerané na celkovú závažnosť afektívnej oploštenosti a otupenosti. Zvláštny dôraz sa kladie na jadrové charakteristiky ako sú	0	Neprítomné: normálna afektívna reaktivita
	1	Sporné oploštenie afektívneho prežívania
	2	Mierny: ľahké oploštenie
	3	Stredný: stredné oploštenie
	4	Výrazne: zjavné oploštenie

nedostatočná reaktivita, neprimeranosť a celkové zníženie intenzity emočného prežívania.	5	Závažne: závažné oploštenie
Neprimeraný afektívny sprievod (Inappropriate Affect) Afektívna expresia je neprimeraná alebo nevhodná, nielen jednoducho plochá alebo otupená. Toto narušenie sa typicky prejavuje takou formou, že subjekt sa (hlúpo) usmieva pri témach, ktoré sú vážne alebo smutné. (Niekedy sa stane, že sa subjekt usmieva alebo smeje pri témach, ktoré sú nepríjemné alebo zahanbujúce. Aj keď to pôsobí neprimerane, je to zapríčinené tenziou a preto by sa to nemalo posudzovať ako neprimeraný afekt). Nehodnotte oploštené alebo otupené afektívne prejavy ako prejavy neprimerané.	0	Neprítomné: afektívna expresia nie je neprimeraná
	1	Sporné
	2	Mierny: aspoň raz sa vyskytne neprimeraný úsmev alebo iná neprimeraná afektívna reakcia
	3	Stredný: 2 až 4 prípady neprimeraného afektívneho sprievodu
	4	Výrazne: neprimeraná afektívny sprievod pozorovaný päťkrát alebo častejšie
	5	Závažne: neprimerané afektívny sprievod väčšinu času

ALÓGIA (ALOGIA)

Alogia je všeobecný termín, ktorý sa vzťahuje k ochudobneniu myslenia a kognície - prejavom, ktoré sa často vyskytujú pri schizofrénii (Grécky a = nie; logos = myseľ, myšlienka). Myšlienkový proces subjektu s alogiou sa zdá byť vyprahnutý, vágny alebo pomalý. Keďže myslenie nemôžeme priamo pozorovať, jeho kvalitu odvodzujeme z verbálneho prejavu. Dva základné prejavy alogie sú non-fluentná obmedzenosť rečového prejavu (chudobnosť reči) a fluentná obmedzenosť rečového prejavu (chudobnosť obsahu reči). Zárazy a zvýšená latencia odpovedí zodpovedajú taktiež alogii.

Chudobnosť kvantity rečového prejavu (Poverty of speech) Obmedzenie v <u>kvantite</u> spontánneho rečového prejavu, odpovede na otázky sú poväčšine krátke, konkrétne a neobsažné. Subjekt málokedy poskytne informácie, ktoré nie sú priamo požadované. Odpovede môžu byť jednoslabičné, na niektoré otázky neodpovedá vôbec. Vyšetrujúci často postrehne, že musí klásť mnoho doplňujúcich otázok na to, aby získal podrobnejšiu odpoveď. Ak sa má táto zložka správne posúdiť, je nevyhnutné ponechať subjektu dostatok času na odpoveď a na dostatočné premyslenie odpovede.	0	Chudobnosť kvantity rečového prejavu neprítomná: dostatočné a primerané odpovede na otázky, vrátane doplňujúcich informácií
	1	Sporné
	2	Mierne: odpovede občas neúplné, ale primerané k otázke
	3	Stredný: niektoré odpovede neobsahujú dostatočne prepracovanú informáciu, niektoré odpovede sú jednoslabičné ("Áno"; "Nie"; "Neviem"; "Minulý týždeň")
	4	Výrazne: Zriedka dlhšie vety s obsahom viac ako 4 slov
	5	Závažne: Takmer nič nehovorí, niekedy neodpovedá vôbec.
Chudobnosť obsahu reči (Poverty of Content of Speech) Napriek tomu, že odpovede sú dostatočne dlhé a rečový prejav je adekvátny čo do kvantity, nesie v sebe málo informácií. Jazyk je vágny, často príliš abstraktný alebo príliš konkrétny. Vyšetrujúci si túto charakteristiku môže všimnúť tak, že subjekt hovorí pomerne dlho, ale neposkytuje pritom adekvátnu	0	Chudobnosť obsahu reči neprítomná
	1	Sporné
	2	Mierne: občas sú odpovede príliš vágne na to, aby sa dali dobre pochopiť alebo sú príliš zhustené
	3	Stredný: časté vágne odpovede alebo príliš zhustené odpovede, tvoria aspoň štvrtinu celkového interview
	4	Výrazne: Aspoň polovicu odpovedí tvorí vágny a nezrozumiteľný obsah

<p>odpoveď na otázku. Prípadne môže subjekt poskytnúť adekvátnu informáciu, ale potrebuje na to príliš veľa slov, takže odpoveď sa dá sumarizovať v jednej či dvoch vetách. Niekedy charakterizuje vyšetrujúci tento prejav ako "pseudofilozofovanie".</p> <p>Výnimky: Tento nález sa líši od zabiehavosti (circumstantiality), pri zabiehavosti má subjekt poskytovať príliš mnoho detailov.</p> <p>Príklad: Vyšetrujúci: "Prečo podľa vás ľudia veria v Boha?" Subjekt: " No predovšetkým preto, že ... hm ..., je ich osobným strážcom. Sprevádza ma a rozpráva sa so mnou. A – hm..., pochopenie toho, že mám, hm, veľa ľudí, ktorí dostatočne nepoznajú ... akí vlastne sú. Pretože, ... hm, oni všetci ... jednoducho nepoznajú sami seba. Nevedia, že ... hm, sú na tom podobne ako ja, väčšinou nerozumejú tomu, že ich sprevádza a hovorí s nimi."</p>	5	<p>Závažne: takmer celý rečový prejav je vágny, nezrozumiteľný alebo veľmi zhustený</p>
<p>Zárazy (Blocking)</p> <p>Prerušenie toku reči predtým než je ukončená myšlienka. Po chvíli mlčania, ktoré môže trvať od niekoľkých sekúnd po minúty, je zjavné, že subjekt nie je schopný spomenúť si na to, čo hovoril alebo mienil povedať. Za záraz sa dá považovať len taký prejav, keď subjekt sám popíše, že "stratil myšlienku" alebo ak subjekt na základe doplňujúcich otázok vyšetrujúceho uvedie, že to bolo príčinou pauzy.</p>	0	Žiadne zárazy.
	1	Sporné
	2	Mierne: prejav pozorovaný jedenkrát počas 45 minút
	3	Stredný: výskyt 2 krát počas 45 minút
	4	Výrazne: výskyt 3 - 4 krát počas 45 minút
	5	Závažne: výskyt viac ako 5 krát počas 45 minút
<p>Predĺžená latencia odpovedí (Increased Latency of Response)</p> <p>Subjektu trvá dlhšie, oproti tomu čo sa považuje za normálne, kým začne odpovedať na otázku. Môže pôsobiť nezúčastnene alebo vyšetrujúci</p>	0	Neprítomné
	1	Sporné
	2	Mierne: občasné krátke pauzy pred odpoveďami
	3	Stredný: časté niekoľko sekundové pauzy pred odpoveďami

<p>pochybuje o tom, či otázku počul. Dopĺňujúcimi otázkami sa dá zistiť, že subjekt si je vedomý toho, na čo bol opýtaný, ale má ťažkosti s formuláciou myšlienok pre primeranú odpoveď.</p>	4	Výrazne: obyčajne sa vyskytnú pauzy trvajúce od 10 do 15 sekúnd pred odpoveďami
	5	Závažne: dlhé pauzy takmer pre každou odpoveďou
<p>Celkové hodnotenie alogie (Global Rating of Alogia) Keďže alogia pozostáva hlavne z chudobnosti kvantity a obsahu rečovej produkcie, celkové hodnotenie by malo byť založené predovšetkým na týchto dvoch položkách.</p>	0	Neprítomné
	1	Sporné
	2	Mierne: ľahké ale zjavné ochudobnenie myslenia
	3	Stredné: podstatné ochudobnenie myslenia
	4	Výrazne: ochudobnené myslenie a to poväčšine času
	5	Závažne: ochudobnené myslenie a to takmer konštantne

ABÚLIA - APATIA
(AVOLITION - APATHY)

Abúlia je charakterizovaná chýbaním energie, popudov a záujmov. Subjekt nie je schopný zmobilizovať sa k tomu, aby začal alebo vydržal v zapojení sa do mnohých úloh. Na rozdiel od zníženej energie a obmedzenia záujmov pri depresii, nie je pri schizofrénii abulicko-apatický symptómový komplex spojený so smutnou alebo depresívnou náladou. Abulicko-apatický symptómový komplex vedie často k výrazným nepriaznivým dôsledkom v sociálnej a ekonomickej sfére.

Úprava a hygiena (Grooming and Hygiene) U subjektu je zjavný menší záujem o úpravu a hygienu ako obvyčajne. Šatstvo vyzerá zanedbane, staro, špinavo. Subjekt sa málo umýva, zanedbáva starostlivosť o nechty, zubnú hygienu - výsledkom môžu byť mastné alebo neupravené vlasy, špinavé ruky, zápach celého tela, nečistené zuby, zápach z úst. Celkovo je vzhľad rozháraný, neusporiadaný. V extrémnych prípadoch sa nedodržiavajú základné hygienické návyky. <i>Ako často sa kúpete alebo sprchujete?</i> <i>Meníte si prádlo každý deň?</i> <i>Ako často periete veci?</i>	0	Bez príznakov
	1	Sporné
	2	Mierne: mierne, ale jednoznačné znaky nezáujmu o výzor, napr. neučesané vlasy, zanedbané oblečenie
	3	Stredný: výzor je čiastočne zanedbaný - napr. mastné vlasy, špinavé šatstvo
	4	Výrazne: minimálny záujem o výzor, úpravu
	5	Závažne: šaty, telo, prostredie je špinavé, zapáchajúce
Nedostatok vytrvalosti v práci alebo štúdiu (Impersistence at Work or School) Subjekt má problém nájsť si a udržať sa v zamestnaní (alebo vzdelávaní) primeranému k jeho veku a pohlaviu. Ak je žiakom, môže napr. zanedbávať domácu prípravu, môže zlyhať pri postupe do ďalšieho ročníka, odráža sa to v známkach. Ako vysokoškolský študent môže zlyhávať v jednotlivých	0	Žiadne známky nedostatočnej výdrže v práci alebo vzdelávaní.
	1	Sporné
	2	Mierne: ľahké známky - napr. niekoľkodňové absencie v práci alebo v škole
	3	Stredný: časté zlyhávajúce v práci alebo škole
	4	Výrazne: má vážne ťažkosti udržať si aj nižšiu úroveň fungovania v práci alebo škole

<p>predmetoch, neukončí semester. Ak pracuje, subjekt môže mať pracovné ťažkosti, nie je schopný ukončiť jednotlivé pracovné úlohy alebo zdanlivo nerozumie zadaniu. Môže mať absencie, odchádza skôr z práce, je prítomná zlá organizácia práce. Môže posedávať doma, nehľadá si zamestnanie alebo tak činí len občas a to na nátlak. Ak je to žena v domácnosti alebo dôchodca, nevykonáva bežné domáce povinnosti ako je napr. nakupovanie, upratovanie, alebo výsledkom je, že to urobí nedbalo, napoly.</p> <p><i>Vyskytli sa nejaké ťažkosti v práci, v škole?</i> <i>Začali ste nejaké aktivity, ale nakoniec ste ich neukončili?</i></p>	5	<p>Závažne: konštantne zlyháva v pracovných alebo školských výkonoch</p>
<p>Nedostatok telesnej energie (Physical Anergia) Subjekt pôsobí inertne čo sa týka fyzických výkonov. Presedí hodiny na mieste, neiniciuje žiadnu spontánnu aktivitu. Ak je vyzvaný, zapojí sa do aktivity, ale len nakrátko, potom uniká a opäť sedí osamote. Môže stráviť dlhé hodiny relatívne nezmyselnou a fyzicky nenáročnou aktivitou ako je napr. sledovanie televízie alebo hranie kariet. Rodina môže stav opisovať tak, že "Nič nerobí, celý čas len presedí." Doma i počas hospitalizácie trávi väčšinu času tak, že sedí vo svojej izbe.</p> <p><i>Stáva sa, že väčšinu dňa preležíte alebo len tak sedíte?</i> <i>(Trvá to aj dlhšie ako jeden deň?)</i></p>	0	<p>Nie sú známky nedostatočnej telesnej energie</p>
	1	<p>Sporné</p>
	2	<p>Mierne: ľahká anergia</p>
	3	<p>Stredný: subjekt presedí alebo preleží najmenej štvrtinu dňa (stavu bdelosti)</p>
	4	<p>Výrazne: subjekt presedí alebo preleží najmenej polovicu dňa (stavu bdelosti)</p>
<p>Celkové hodnotenie abúlie - apatie (Global Rating of Avolition - Apathy) Globálne hodnotenie by malo zodpovedať celkovej závažnosti príznakov abúlie s prihliadnutím na normy vzťahujúce sa</p>	5	<p>Závažne: subjekt preleží alebo presedí väčšinu dňa (stavu bdelosti)</p>
	0	<p>Žiadne známky abúlie</p>
	1	<p>Sporné</p>
	2	<p>Ľahké, ale zjavné</p>
	3	<p>Stredné známky abúlie</p>
	4	<p>Výrazná abúlia</p>

k veku, spoločenskému postaveniu a spoločenskej vrstve. Pri globálnom hodnotení sa môže dať dôraz na jeden či dva dominujúce príznaky ak sú obzvlášť výrazné.	5	Závažná abúlia
---	---	----------------

ANHEDÓNIA - NESPOLOČENSKOSŤ (ANHEDONIA-ASOCIALITY)		
<p>Tento symptómový komplex odráža ťažkosti, ktoré majú pacienti so schizofréniou v prežívaní pocitu príjemného a v naplňovaní záujmov. Môže to byť nezáujem o zapájanie sa do príjemných aktivít, neschopnosť prežívať potešenie pri zapojení sa do aktivít, ktoré sa bežne považujú za príjemné alebo neschopnosť zapojiť sa do sociálnych vzťahov rôzneho druhu.</p>		
<p>Rekreačné záujmy a aktivity (Recreational Interests and Activities) Subjekt môže mať minimum alebo vôbec žiadne záujmy, aktivity alebo koníčky. Tento príznak sa síce môže rozvíjať nenápadne a pomaly, ale takmer vždy nájdeme jednoznačný pokles z predchádzajúcej úrovne záujmov a aktivít. Jedinci s relatívne ľahkou stratou v tejto oblasti sa budú zapájať do niektorých pasívnych alebo nenáročných aktivít ako je napr. sledovanie televízie alebo prejavia o niečo občasný a sporadický záujem. Jedinci so závažnými prejavmi sú neschopní prežiť potešenie z rekreačných aktivít úplne a neodkloniteľne (sú úplne a neodkloniteľne neschopní sa zapojiť, ani sa tešiť zo zapojenia do aktivít.). Hodnotenie tejto oblasti má zahrnúť tak kvalitu ako aj kvantitu rekreačných aktivít.</p> <p><i>Máte záujem o veci, ktoré vás obvyčajne bavia?</i> (Bavia vás rovnako ako predtým?)</p> <p><i>Sledujete televíziu alebo počúvate rádio?</i></p>	0	Nie sú známky neschopnosti pozitívne prežívať rekreačné aktivity a záujmy
	1	Sporné
	2	Mierna neschopnosť užiť si rekreačné aktivity a záujmy
	3	Stredný: subjekt sa často necíti na to, aby sa zapojil do rekreačných aktivít
	4	Výrazne: malý záujem a len malá schopnosť prežiť príjemný pocit z rekreačných aktivít
	5	Závažne: žiadny záujem, žiadne potešenie z rekreačných aktivít
<p>Záujem o sexuálny život a sexuálna aktivita (Sexual Interest and Activity) U subjektu sa môže vyskytovať zníženie sexuálnych záujmov a sexuálnych aktivít, hodnotí sa to vo vzťahu k tomu, čo sa považuje za normálne vzhľadom na vek a maritálny status. U jedincov v manželskom zväzku sa môže prejavovať nezáujem o sexuálny život alebo dochádza k pohlavnému styku len na</p>	0	Nie sú známky neschopnosti pozitívne prežívať sexuálnu aktivitu
	1	Sporný pokles v záujme o sex a sexuálnu aktivitu
	2	Mierny pokles v záujme o sex a sexuálnu aktivitu
	3	Stredný: subjekt si občas uvedomuje zníženie záujmu alebo zníženie potešenia zo sexuálnej aktivity
	4	Výrazne: malý záujem alebo malé potešenie zo sexuálnych aktivít

<p>žiadosť partnera. V extrémnych prípadoch sa jedinec vôbec nezapája do žiadnych sexuálnych aktivít. Slobodní môžu zotrvať počas dlhých období bez sexuálnych aktivít a nevykladajú žiadne úsilie na uspokojenie pohlavného pudu. Či už zosobášení alebo nie, môžu udávať, že subjektívne pociťujú minimálne sexuálne pudenie alebo že majú minimálne uspokojenie z pohlavného styku alebo masturbačnej aktivity v prípade, že takúto aktivitu vykonávali.</p> <p><i>Pozorovali ste nejakú zmenu vo vašich sexuálnych túžbach?</i></p>	5	<p>Závažne: žiadny záujem, žiadne potešenie</p>
<p>Schopnosť prežívať intimitu a blízkosť (Ability to Feel Intimacy and Closeness)</p> <p>U jedinca môžu byť prítomné známky neschopnosti vytvárať si blízke a intímne vzťahy takého charakteru, ktoré by boli primerané pre vek, pohlavie a rodinný status. V prípade mladších pacientov sa táto sféra týka vytvárania si vzťahov k opačnému pohlaviu, k rodičom a súrodencom. U zosobášených starších pacientov je potrebné hodnotiť vzťahy k partnerovi a deťom, u starších slobodných vzťahy k opačnému pohlaviu a rodinným príslušníkom, s ktorými spolunažívajú. U jedinca sa môže vyskytovať len málo alebo žiadne citové vzťahy k členom rodiny. Môžu si zorganizovať život tak, aby boli izolovaní od blízkych vzťahov tým, že žijú osamotene a nevyvíjajú žiadne úsilie na to, aby sa kontaktovali s členmi rodiny alebo s ľuďmi opačného pohlavia.</p> <p><i>Mávate nejaké problémy s partnerom, rodinou?</i> <i>Čo by ste povedali na to, keby ste sa mali vidieť s rodinnými príslušníkmi, rodičmi, partnerom a pod?</i></p>	0	<p>Nie sú známky neschopnosti prežívať intímny vzťah a blízkosť</p>
	1	<p>Sporná neschopnosť</p>
	2	<p>Mierna ale zjavná neschopnosť prežívať intimitu a blízkosť</p>
	3	<p>Stredný: zdá sa, že jedinec má rád rodinných príslušníkov a iné preň významné osoby, ale vyzerá to tak, že „sa neteší“ na spoločné stretnutia</p>
	4	<p>Výrazne: pôsobí neutrálne pri možnosti stretnutia sa s rodinou alebo inými preň významnými osobami. Len malý prejav potešenia.</p>
	5	<p>Závažne: jedinec dáva prednosť izolácii od členov rodiny alebo iných preňho významných osôb, môže byť voči nim hostilný</p>

Vzťahy s priateľmi a rovesníkmi (Relationships with Friends and Peers) Jedinci môžu byť relatívne odmietaví vo vzťahoch k priateľom alebo rovesníkom oboch pohlaví. Môžu mať málo alebo žiadnych priateľov, vyvíjať len slabú alebo žiadnu aktivitu na vytvorenie si takýchto vzťahov a preferujú trávenie času osamote. <i>Trávite hodne času s priateľmi?</i> <i>Rád trávite čas osamote alebo by ste mali radšej viac priateľov?</i>	0	Nie sú známky neschopnosti vytvárať si blízke vzťahy
	1	Sporná neschopnosť
	2	Mierna ale zjavná neschopnosť vytvárať si blízke vzťahy
	3	Stredný: jedinec je schopný sociálnych interakcií. Je v kontakte s priateľmi len 2 - 3 krát za mesiac
	4	Výrazne: problémy s vytváraním/udržaním si vzťahov. Je v kontakte s priateľmi len 1 - 3 krát za mesiac
Celkové hodnotenie anhedónie - nespoločenskosti (Global Rating of Anhedonia - Asociality) Globálne hodnotenie má odrážať celkovú závažnosť komplexu anhedónia - nespoločenskosti, do úvahy sa majú brať normy primerané vzhľadom k veku, pohlaviu a rodinnému statusu.	5	Závažne: žiadni priatelia, žiadny záujem o vytvorenie si sociálnych väzieb
	0	Žiadne známky anhedónie - nespoločenskosti
	1	Sporné známky anhedónie - nespoločenskosti
	2	Mierne ale zjavné známky anhedónie - nespoločenskosti
	3	Stredná úroveň anhedónie - nespoločenskosti
	4	Výrazná úroveň anhedónie - nespoločenskosti
	5	Závažná úroveň anhedónie - nespoločenskosti

POZORNOSŤ (ATTENTION)	
<p>Pozornosť je pri schizofrénii často narušená. Jediniec môže mať problémy so zameraním pozornosti, alebo sa dokáže koncentrovať len sporadicky alebo nesystematicky. Nevšíma si pokus o nadviazanie konverzácie, poberie sa preč uprostred nejakej aktivity alebo pri riešení nejakej úlohy, pôsobí nekoncentrovane pri formálnom vyšetrení alebo pri interview. Môže alebo nemusí si problém s nedostatočnou koncentráciou sám uvedomovať.</p>	
Nevšímavosť, ľahostajnosť v spoločenských situáciách (Social inattentiveness) V rôznych spoločenských situáciách alebo aktivitách pôsobí akoby nemal záujem o okolie. Dáva sa nabok počas konverzácie, nedokáže postrehnúť podstatu pri diskusii alebo sa zdá, že vôbec nie je do aktivity zapojený, vtiiahnutý. Bez zjavnej príčiny môže ukončiť aktivitu či rozhovor. Pôsobí akoby bol "mimo". Aj napr. pri hraní hier, pri sledovaní televízie, pri čítaní môže pôsobiť, že nie je dostatočne koncentrovaný.	0 Žiadne známky nevšímavosti
	1 Sporné známky
	2 Mierne ale zjavné známky nevšímavosti
	3 Stredná úroveň. občas sa stáva, že nepostrehne čo sa deje v okolí
	4 Výrazná úroveň: často nepostrehne situáciu v okolí, ťažkosti s porozumením prečítaného textu
	5 Závažná úroveň: nie je schopný sledovať konverzáciu, zapamätať si čo čítal, sledovať televízny program
Nepozornosť pri cielenom vyšetrení psychických funkcií (Inattentiveness During Mental Status Testing) Výkon subjektu v jednoduchých testoch môže byť znížený napriek adekvátnemu vzdelaniu a normálnemu intelektu. Môže sa to hodnotiť pomocou hláskovania slov odzadu alebo pomocou sériového odčítania čísla sedem (najmenej 10. ročník ukončeného vzdelania) alebo sériového odčítania čísla tri (najmenej šiesty ročník) v rade piatich odčítaní. Najlepšie dosiahnuteľné skóre je 10.	0 Žiadne chyby
	1 Sporné: nie sú chyby, ale odčítanie je pomalé, s váhaním, koriguje chyby
	2 Mierne, ale zjavné (jedna chyba)
	3 Stredné (dve chyby)
	4 Výrazné (tri chyby)
	5 Závažné (viac ako tri chyby)
Celkové hodnotenie pozornosti (Global Rating of Attention) Hodnotenie je zamerané na posúdenie celkovej schopnosti zamerať a koncentrovať pozornosť. Zahŕňa v sebe klinické pozorovanie i výkon v cielenom vyšetrení.	0 Žiadne chyby
	1 Sporné: nie sú chyby, ale dočítanie je pomalé, s váhaním, koriguje chyby
	2 Mierne, ale zjavné (jedna chyba)
	3 Stredné (dve chyby)
	4 Výrazné (tri chyby)
	5 Závažné (viac ako tri chyby)