

Schizofrénia a ostatné psychotické poruchy v DSM-5

MUDr. Jozef Dragašek, PhD.

I. psychiatrická klinika LF UPJŠ Košice

V novom, piatom vydaní Diagnostického a štatistického manuálu duševných porúch (DSM-5) boli realizované viaceré kľúčové zmeny v diagnostickej kategórii schizofrenického spektra. Podarilo sa v nej zároveň zvýrazniť oblasť ďalšieho výskumu, ktorá sa dotýka skorej detekcie tejto často zneschopňujúcej poruchy s vážnym celoživotným narušením sociálneho a pracovného fungovania u väčšiny pacientov. V článku sa uvádzajú najvýznamnejšie zmeny obsiahnuté v DSM-5 kritériách pre schizofrenické spektrum a ostatné psychotické poruchy a sú v ňom uvedené aj dosahy na bežnú klinickú prax a výskum.

Kľúčové slová: diagnostické klasifikačné systémy, DSM-5, schizofrénia, schizoafektívna porucha, katatónia, bludová porucha, syndróm atenuovanej psychózy, iné psychotické poruchy.

Schizophrenia and other psychotic disorders in DSM-5

The new fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) makes several key changes to the category of schizophrenia spectrum and highlights for future study an area that could be critical for early detection of this often debilitating condition with profound lifelong impairments in social and vocational functioning for most of those with the condition. In this article, major revisions in the DSM-5 criteria for schizophrenia spectrum and other psychotic disorders are summarized and their implications for clinical practice and research are discussed.

Key words: diagnostic classification systems, DSM-5, schizophrenia, schizoaffective disorder, catatonia, delusional disorder, attenuated psychosis syndrome, psychotic disorders.

Psychiatr. prax; 2014; 15(3): 96–98

Úvod

V súvislosti s okruhom psychotických porúch sa zmeny zahrnuté v piatom vydaní Diagnostického a štatistického manuálu duševných porúch – DSM-5 oproti DSM-IV pokúšali obsiahnuť nové informácie o charaktere týchto nozologických jednotiek, ktoré sa nakumulovali v období posledných 20-tich rokov. Zároveň si kládli za cieľ zlepšiť reliabilitu a validitu jednotlivých diagnostických konceptov, sprehľadniť diagnostiku a zlepšiť klinické využitie tejto najnovšej klasifikácie. V prípade schizofrénie je to hlavne zdôraznenie zmien v jednotlivých psychopatologických dimenziách, ktorým na strane druhej ustúpil tradičný model schizofrenických podtypov spolu so Schneiderovými príznakmi prvého rádu. V rámci schizoafektívnej poruchy je to jej jednoznačnejšia definícia, ako odpoveď na často kritizovanú relatívne nízku reliabilitu a slabú validitu schizoafektívneho konceptu v DSM-IV. V prípade bludových porúch boli realizované len malé zmeny, avšak s dosahom aj na iné diagnostické jednotky. Do novej klasifikácie bol navyše zahrnutý koncept syndrómu atenuovanej psychózy, ktorý má byť predmetom ďalšieho skúmania a tvorivej diskusie (2, 6, 11).

Schizofrénia

Zpracované zmeny v klasifikácii schizofrénie sú v DSM-5 jasne odlišiteľné od konceptu, z ktorého vychádzala klasifikácia DSM-IV, hoci istá kontinuita diagnostiky celej skupiny

ochorení ostala do značnej miery zachovaná (11). Pokiaľ by sme chceli zmeny v diagnostike schizofrénie pomocou DSM-5 zhrnúť do jednej vety, musíme v nej spomenúť dve zásadné úpravy v kritériách A (pozri tabuľku) spolu so zrušením jednotlivých podtypov schizofrénie. Prvým významným zásahom v kritériách A bola eliminácia špeciálneho postavenia bizarných bludov a ďalších Schneiderových príznakov prvého rádu (halucinácie pozostávajúce z hlasov komentujúcich správanie alebo myšlienky, či prítomnosť dvoch a viac hlasov, ktoré spolu vzájomne konverzujú) (6). Podmienka výskytu uvedených príznakov bola vypustená z dôvodu ich nedostatočnej špecificity pre schizofréniu, zároveň otázka odlišiteľnosti bizarných a nebizarných bludov bola charakterizovaná len nízkou reliabilitou (11). Bez ohľadu na výskyt príznakov prvého rádu, s ktorými sa v DSM-5 počíta ako s akýmkoľvek inými „pozitívnymi“ príznakmi, na diagnostiku schizofrénie musia byť vždy prítomné minimálne dva základné príznaky z kritérií A (2, 6, 11). Zmena je možno významná z hľadiska teoreticko-historického, na klinickú prax by nemala mať výraznejší vplyv. Preukázalo sa, že v minulosti bolo diagnostikovaných zhruba 2 % prípadov len na základe prítomnosti jedného príznaku symptómov prvého rádu (11). Druhou významnou zmenou v kritériách A je požiadavka na výskyt minimálne jedného z troch „pozitívnych“ príznakov (bludy, halucinácie alebo dezorganizovaná reč) (6). Uvedené príznaky sú

vnímané ako jadrové „pozitívne“ symptómy, ktorých prítomnosť je nevyhnutnou podmienkou na spoľahlivú diagnostiku schizofrénie. Z praktického hľadiska takáto požiadavka oproti predchádzajúcej klasifikácie nebude mať významný dosah, keďže v bežnej dennej praxi bolo len 1 % pacientov diagnostikovaných na schizofréniu iba na základe negatívnych príznakov a katatónie (11). Poslednou úpravou, ktorá sa dotýka kľúčových zmien v klasifikácii schizofrénie, je upustenie od tradičného delenia na jednotlivé subtypy poruchy, ako boli používané v DSM-IV (paranoidný, dezorganizovaný, katatonický, nediferencovaný a reziduálny typ), s odôvodnením limitujúcej diagnostickej stability, nízkej reliability, slabej validity jednotlivých podtypov, časovej nestálosti a malej klinickej významnosti (2, 6, 11). V odôvodnení sa zároveň uvádza, že jednotlivé podtypy nepreukázali jednoznačné vzorce v rámci terapeuticko-odpovede (v zmysle cielenejšej liečby alebo predikcie terapeuticko-odpovede) či dlhodobého priebehu poruchy. Aj v odbornej literatúre za obdobie posledných 20 rokov došlo k významnej redukcii používania subtypov schizofrénie v publikovaných prácach z 27,7 % na 6,5 % z prác venujúcich sa schizofrénii (4). Namiesto subtypov bol do celého procesu zaradený tzv. dimenzionálny prístup na hodnotenie závažnosti jadrových symptómov z dôvodu lepšieho zdôraznenia heterogénnej charakteristiky symptómov poruchy a ich závažnosti vyjadrených u konkrétneho

jedinca s psychotickou poruchou. Ich opis je uvedený hneď na začiatku kapitoly schizofrenického spektra a psychotických porúch a sú tiež súčasťou hodnotiaceho nástroja v Sekcii III pod označením „Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity“ (1, 2, 3, 6). Okrem zdôrazňovania dimenzionálneho pred kategorickým prístupom, k zahrnutiu tejto schémy uvažovania pri diagnostike schizofrenie došlo aj vďaka akceptovaniu heterogenity celej skupiny schizofrenného spektra a chápania príčinnosti a konzekventnosti variácie genetických faktorov, ľudského správania a neurobiologických funkcií pri rozvoji porúch schizofrenného spektra (3). Dimenzionálny prístup by mal zároveň poslúžiť v individualizovanej terapii založenej na hodnotiacich nástrojoch (11). Sekcia III je novou súčasťou klasifikácie, okrem nástrojov na hodnotenie obsahuje aj podkapitolu o diagnostických skupinách vyžadujúcich ďalší výskum (pozri ďalej syndróm atenuovanej psychózy) (6). Napriek tomu, že ide o odvážny zásah do storočného historického konceptu, je potrebné povedať, že v bežnej klinickej praxi sa okrem diagnostiky paranoidného a nediferencovaného typu schizofrenie používali ostatné subtypy celosvetovo len veľmi raritne. Schizofrenia je napokon charakterizovaná viacerými psychopatologickými doménami, každá z nich s odlišným priebehom, odpoveďou na liečbu, či prognostickým dosahom. Stupeň závažnosti symptómov v jednotlivých dimenziách ostatne varíruje nielen medzi pacientmi, ale aj u konkrétneho jednotlivca v rôznych štádiách priebehu poruchy a môže napomôcť v predikcii ďalších aspektov poruchy ako je napríklad rozvoj deficitu (3, 11). K hodnoteným dimenziám symptómov v „Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity“ patrí 8 okruhov: skreslenie reality (bludy a halucinácie), negatívne symptómy, dezorganizácia, kognitívne poškodenie, motorické symptómy (napr. katatónia) a afektívne symptómy, depresia a mánia. Stupeň závažnosti má 5 bodovú stupnicu od neprítomných príznakov po prítomné a závažné príznaky. Hodnotenie 2 (prítomné a mierne) a viac sa považuje za dostatočné hodnotenie na potvrdenie prítomnosti symptómu a plnení kritérií A v rámci diagnostiky schizofrenie (3). Uvedené hodnotenie sa používa ako špecifikátor závažnosti. Na vyjadrenie priebehového hľadiska možno diagnózu doplniť špecifikátorom priebehu, nie skôr ako po roku trvania poruchy, pokiaľ to nie je v kontradičii s diagnostickými priebehovými kritériami (prvá epizóda – aktuálne akútna fáza, prvá epizóda – aktuálne v parciálnej remisii, prvá epizóda – aktuálne v plnej remisii, opakovaná

Tabuľka. Porovnanie diagnostických kritérií A v DSM-IV a DSM-5 (1, 8)

DSM-IV	DSM-5
Charakteristické príznaky: Dve alebo viac z nasledujúcich charakteristík, každá prítomná v signifikantnej miere v období jednomesačnej periódy (alebo kratšie, pokiaľ bola liečba úspešná): 1. bludy 2. halucinácie 3. dezorganizovaná reč (napr. častá strata súvislosti alebo inkoherencia) 4. hrubo dezorganizované alebo katatónne správanie 5. negatívne príznaky, tzn. emotívna oploštenosť, alógia alebo abúlia	Dva a viac z nasledujúcich príznakov, každý prítomný v signifikantnej miere v období jednomesačnej periódy (alebo kratšie, pokiaľ bola liečba úspešná). Navyše, minimálne jeden z príznakov (1), (2), alebo (3) musí byť prítomný: 1. bludy 2. halucinácie 3. dezorganizovaná reč (napr. častá strata súvislosti alebo inkoherencia) 4. hrubo dezorganizované alebo katatónne správanie 5. negatívne príznaky, tzn. emotívna oploštenosť, alógia alebo abúlia
Poznámka: Len jeden z príznakov kritéria A je potrebný v prípade, že bludy sú bizarné alebo halucinácie pozostávajú z hlasov komentujúcich správanie alebo myšlienky, či prítomnosť dvoch a viac hlasov, ktoré spolu vzájomne konverzujú.	

epizóda – aktuálne akútna fáza, opakovaná epizóda – aktuálne v parciálnej remisii, opakovaná epizóda – aktuálne v plnej remisii, kontinuálny priebeh, nešpecifikovaný priebeh). K ďalším špecifikátorom patrí označenie prítomnosti katatónnej symptomatiky prívlastkom „s katatóniou“. Stanovenie diagnózy schizofrenie je možné aj bez využitia špecifikátorov.

Uvedené zásadné zmeny použité v DSM-5 môžeme očakávať aj v pripravovanej verzii Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH), jej 11. revízie. Zásadný rozdiel medzi oboma klasifikačnými systémami v časovej charakteristike trvania príznakov potrebnej na diagnostiku schizofrenie (MKCH – 1 mesiac, DSM – 6 mesiacov) ostane s veľkou pravdepodobnosťou zachovaný (11).

Schizoafektívna porucha

Prítomnosť psychotických a afektívnych príznakov, buď súbežne alebo v rôznych obdobiach priebehu poruchy, bola vždy vnímaná ako istá nozologická výzva a z toho vychádzala aj väčšina kritiky modelu schizoafektívnej poruchy, ktorý našiel uplatnenie v DSM-IV. Schizoafektívna porucha, ako bola definovaná v predchádzajúcom klasifikačnom systéme, bola mimoriadne nestálou diagnózou s veľmi častými zmenami, najfrekvencovanejšie s preklasifikovaním na schizofreniu (11). Hlavnou zmenou pri tejto diagnostickej jednotke v DSM-5 je zahrnutie požiadavky, že prejavy veľkej afektívnej epizódy musia byť prítomné po väčšinu času z celkového trvania poruchy. Zmena bola zrealizovaná z konceptuálnych aj psychometrických dôvodov. Posunula schizoafektívnu poruchu zo skupiny prierezových diagnóz do skupiny priebehových, čím sa stala oveľa viac porovnateľnejšou so schizofreniou, bipolárnou afektívnou poruchou, či veľkou depresívnou poruchou. Tento krok priniesol zlepšenie reliability, diagnostickej

stability a validity schizoafektívnej poruchy (2, 6). Je odôvodnený predpoklad, že zmena prinesie ďaleko väčšie rozlišovanie medzi schizofreniou s afektívnymi príznakmi a schizoafektívnou poruchou, zníži frekvenciu používania tejto diagnostickej jednotky a spraví ju oveľa viac stálejšou v priebehu času (11).

Katatónia

Hoci je katatónia historicky spätá so schizofreniou až na úrovni jedného z jej podtypov, v klinickej praxi sa u pacientov vyskytuje aj pri iných duševných poruchách (primárne afektívnych), či neurologických ochoreniach a iných somatických stavoch (10). Zmeny dotýkajúce sa nového konceptu katatónie boli realizované so zámerom zlepšiť jednoznačnosť identifikovania katatónie naprieč širokému rozmedziu duševných porúch a so zámerom facilitovať špecifickú liečbu. V predchádzajúcej klasifikácii DSM-IV bola katatónia kategorizovaná v dvoch rozdielnych častiach, pričom boli použité aj rozdielne kritériá na jej diagnostiku. Okrem toho bola katatónia samostatne špecifikovaná aj vo vzťahu k somatickému stavu (11). Kým pri katatónii súvisiacej so psychotickou alebo afektívnou poruchou sa vyžadovala prítomnosť minimálne dvoch z piatich príznakov, pri katatónii súvisiacej so somatickým stavom postačoval výskyt jedného z príznakov. V aktuálnej klasifikácii sa používajú jednotné kritériá na diagnostiku katatónie, bez ohľadu na to, či sa vyskytuje ako súčasť psychotической (schizofrenickej) poruchy, bipolárnej afektívnej poruchy, depresie, alebo súvisí so somatickým stavom. V DSM-5 je podmienkou na diagnostiku katatónie výskyt minimálne troch z 12 charakteristických symptómov, pričom katatónia môže byť diagnostikovaná ako špecifikátor duševnej poruchy (v rámci depresívnej, bipolárnej poruchy alebo v rámci okruhu

ostatných psychotických porúch), ale aj ako samostatná diagnostická jednotka v súvislosti s inými poruchami zdravotného stavu, prípadne ako katatónna porucha bližšie nešpecifikovaná (2, 6). Podobné riešenie katatónie môžeme očakávať aj v MKCH-11. Nech už boli uvedené zmeny motivované hlavne ich klinickou užitočnosťou, je veľký predpoklad, že podporia ďalší výskum v tejto oblasti, predovšetkým v súvislosti s epidemiológiou, etiológiou, neurobiológiou a terapiou katatónie (10).

Bludové poruchy

Zmeny v súvislosti s bludmi, ktoré boli reaktivované pri schizofrénii, sa do istej miery odzrkadlili aj pri bludovej poruche. Znamená to, že na diagnostiku poruchy nie je nevyhnutnou požiadavkou, aby bludy nemali bizarný charakter. Podľa DSM-5 je možné diagnostikovať u pacienta nozologickú jednotku bludová porucha aj s bizarnými obsahmi bludov, na túto skutočnosť sa upozorní použitím špecifikátora „s bizarným obsahom“, čím sa má zabezpečiť aj istá kontinuita s DSM-IV (2, 6). V rámci tejto kapitoly boli doplnené diferenciálne diagnostické – vylučujúce kritériá, predovšetkým v súvislosti s psychotickými typmi obsedantno-kompulzívnej poruchy alebo telesnej dysmorfickej poruchy. V kritériách je uvedené, že diagnóza bludovej poruchy nesmie byť lepšie vysvetliteľná inými stavmi, ako je napríklad obsedantno-kompulzívna porucha alebo telová dysmorfická porucha s neprítomnosťou náhľadu na poruchu a bludnými presvedčeniami (6). Psychotickí pacienti s obsedantno-kompulzívnu poruchou (OCD) alebo dysmorfickou poruchou už nebudú diagnostikovaní pomocou duálnej diagnózy (bludovej poruchy), ale k ich základnej diagnostickej jednotke sa pridá špecifikátor s psychotickými príznakmi, presnejšie „s neprítomnosťou náhľadu/s bludnými presvedčeniami“. Z klinického hľadiska by úprava mala priniesť zjednodušenie diagnostického postupu i chápania uvedených nozologických jednotiek spolu s lepším opisom ich klinických príznakov (11). Ďalšou zmenou je neodlišovanie indukovanej poruchy s bludmi. Keď sú splnené kritériá pre bludovú poruchu, tak sa táto diagnóza stanoví bez ohľadu na jej indukovanosť. Ak túto diagnózu na základe kritérií nie je možné stanoviť, ale u pacienta sú prítomné indukované

predstavy a presvedčenia, stanoví sa diagnóza inej špecifikovanej poruchy zo schizofrenického spektra a inej psychotickej poruchy (6).

Syndróm atenuovanej psychózy

Je zahrnutý v novom manuáli do Sekcie III – v zozname stavov, ktoré pred tým, než budú posudzované ako formálne poruchy, vyžadujú ďalší výskum. Potenciálne diagnostické kategórie by mali pomôcť identifikovať osoby, u ktorých sa neprejavila floridná psychotická porucha, ale príslušné symptómy v miernejšej verzii. Identifikovanie jedincov so zvýšeným rizikom rozvoja psychotickej poruchy je zmysluplné hlavne z hľadiska možnej skoršej intervencie, kým však bude možné spomínanú kandidátku na nozologickú jednotku spoľahlivo diagnostikovať, budeme si musieť počkať na ďalšie výsledky výskumov, ktoré jednoznačnejšie potvrdia jej zmysluplnosť (12). Klinický dosah uvedenej zmeny je v možnosti zadefinovať tento syndróm pomocou spoľahlivých kritérií, za účelom sledovania ďalšieho vývoja, ale aj so zjednodušením ďalšieho diagnostického a terapeutického postupu. Jedinci s prítomným syndrómom atenuovanej psychózy sú v porovnaní s bežnou populáciou 500-krát viac ohrození rozvojom psychotickej poruchy, veľká väčšina z nich nikdy nebude trpieť schizofréniou. Časť týchto osôb zažíva úzkostné a depresívne príznaky až na úrovni diagnostikovateľnej poruchy, ktoré by mali byť dôvodom na pozornosť v zmysle zabezpečenia terapeutickú intervenciu, prípadne sa u daných jedincov často objavuje iný typ duševnej poruchy (11, 12).

Záver

Úvahy a snahy o zabezpečenie väčšej reliability a validity boli významným motívom pri realizácii zmien v diagnostickom manuáli, v prípade schizofrénie a ostatných psychotických porúch sa tieto zmeny dotýkali prevažne zlepšenia klinického posudzovania a následnej liečby. Takto revidované kritériá pre schizofréniiu a pridružené poruchy sú užitočné pre pacienta ako aj pre klinikov, čiastočne integrujú novo sa objavujúce genetické a neurobiologické podklady ohľadom tejto skupiny porúch (5, 11). V závere je potrebné pripomenúť viacero kritických hlasov voči predloženému konceptu porúch z okruhu schizofrénie v novom klasifikač-

nom systéme, predovšetkým pre nedostatočné spracovanie etiopatogenetických súvislostí. Podľa nich je v kapitole schizofrenického spektra nadmerne vyzdvihnutý dimenzionálny model. Na druhej strane kritici dodávajú, že je mimoriadne náročné zvoliť taký koncept, ktorý by bol súčasne ešte viac validný, reliabilný a klinicky užitočnejší. Očakávajú, že v ďalších edíciách bude tento model nahradený iným, ktorý bude viac zdôrazňovať mechanizmus rozvoja psychózy. Nakoniec, zapracované zmeny, ako ich vidíme v DSM-5, predstavujú významné priblíženie sa k pripravovanej verzii MKCH-11.

Literatúra

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA, USA: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. American Psychiatric Association. Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. 2013, 19 pp. <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf> Accessed March 20, 2014.
3. Barch D, Bustillo J, Carpenter W, et al. Logic and justification for dimensional assessment of symptoms and related clinical phenomena in psychosis: relevance to DSM-5. *Schizophrenia Research*. 2013;150(1):15–20.
4. Braff D, Ryan J, Rissling A, Carpenter W. Lack of use in the literature from the last 20 years supports dropping traditional schizophrenia subtypes from DSM-5 and ICD-11. *Schizophrenia Bulletin*. 2013;39(4):751–753.
5. Flanagan E, Solomon L, Johnson A, Ridgway P, Strauss J, Davidson L. Considering DSM-5: the personal experience of schizophrenia in relation to the DSM-IV-TR criteria. *Psychiatry*. 2012;75(4):375–386.
6. Grohol J. DSM-5 Changes: Schizophrenia & Psychotic Disorders. Psych Central, 2014. Retrieved on July 14, 2014, from <http://pro.psychcentral.com/dsm-5-changes-schizophrenia-psychotic-disorders/004336.html>
7. Heckers S, Barch D, Carpenter W, et al. Structure of the psychotic disorders classification in DSM-5. *Schizophrenia Research*. 2013;150(1):11–14.
8. Smolík P. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha, Česká republika: Maxdorf; 1996.
9. Tandon R, Gaebel W, Carpenter W, et al. Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophrenia Research*. 2013;150(1):3–10.
10. Tandon R, Heckers S, Carpenter W, et al. Catatonia in DSM-5. *Schizophrenia Research*. October 2013;150(1):26–30.
11. Tandon R. Schizophrenia and other psychotic disorders in DSM-5. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*. 2013;7(1):16–19.
12. Tsuang M, Van Os J, Carpenter W, et al. Attenuated psychosis syndrome in DSM-5. *Schizophrenia Research*. 2013;150(1):31–35.

MUDr. Jozef Dragašek, PhD.
I. psychiatrická klinika LF UPJŠ Košice
Trieda SNP 1, 040 11 Košice
jozef.dragasek@upjs.sk

