

# Poruchy schizofrenického spektra a ostatné psychotické poruchy

## ÚVOD

John W. Barnhill, M.D.

Schizofrénia je prototypovou psychotickou poruchou. Nielenže ide o najčastejšiu psychózu, ale navyše zahŕňa abnormality vo všetkých piatich významných symptómových doménach, ktorými sú: halucinácie, bludy, dezorganizované myslenie (a reč), výrazne dezorganizované alebo anomálne postihnutie motoriky (vrátane katatónie) a negatívne príznaky. Podobne ako neurovývojové poruchy v DMS-5, aj schizofrenia sa pokladá za neuropsychiatrickú poruchu so zložitým genetickým podkladom a klinickým priebehom, ktorý sa obvykle začína v predikovatelnom štádiu vývoja. Avšak na rozdiel od neurovývojových porúch, ktoré sa zvyčajne začínajú už v detstve, schizofrénia sa obvykle spoľahlivo vyvíja počas neskoršej adolescencie alebo ranej dospelosti.

Diagnóza schizofrénie prešla v DSM-5 niekoľkými drobnými úpravami. Po prvé, subtypy schizofrénie - vzhľadom na obmedzenú diagnostickú stabilitu, nízku spoľahlivosť a platnosť – boli odstránené. Zahŕňali kategórie ako nediferencovaná, paranoidná a reziduálna schizofrénia.

Ďalšia revízia sa týka katatónie, ktorá je už dlho spájaná so schizofréniou a ostáva jedným z potenciálnych diagnostických kritérií pre väčšinu psychotických diagnóz, vrátane schizofrénie. V súčasnosti môže byť však katatónia braná aj ako špecifikum pre iné psychiatrické a nepsihiatrické

medicínske stavy, vrátane depresie a bipolárnej poruchy. Pokiaľ je splnenie kritérií pre katatóniu alebo komorbídne psychiatrické či nepsihiatrické stavy neisté alebo neúplné, možno diagnostikovať „inak špecifikovaná katatónia“.

Diagnóza schizofrénie podľa DSM-5 vyžaduje prítomnosť aspoň dvoch z piatich symptomatických kritérií (bludy, halucinácie, dezorganizovaná reč, dezorganizované správanie alebo katatónia, a negatívne príznaky). Jednou zo zmien je eliminácia zvlášneho statusu pre určité typy bludov a halucinácií, ktoré boli predtým používané ako symptómové kritériá pre schizofréniu. Druhou zmenou je to, že diagnóza vyžaduje, aby aspoň jedno z dvoch splnených kritérií bolo pozitívnym príznakom, ako sú bludy a halucinácie, či dezorganizované myslenie.

Kritériá pre schizoafektívnu poruchu sa značne zúžili. Tak, ako v DSM-IV, diagnóza schizoafektívnej poruchy vyžaduje, aby pacient splnil kritériá pre schizofréniu a navyše mal zároveň príznaky buď depresie, alebo bipolárnej afektívnej poruchy. Ako aj predtým, prítomné musí byť aspoň 2 týždne trvajúce obdobie s bludmi alebo halucináciami bez prominujúcich porúch nálady. Významnou zmenou v DSM-5 je to, že príznaky poruchy nálady musia byť prítomné po väčšinu aktívnych alebo reziduálnych fáz ochorenia. Podľa hodnotenia

v DSM-5 je teda na diagnózu schizoafektívnej poruchy nutné venovať viac pozornosti dlhodobému priebehu ochorenia. Je pravdepodobné, že táto požiadavka – aby boli poruchy nálady prítomné počas väčšiny priebehu psychotickej poruchy (vrátane akútnych aj reziduálnych fáz) – povedie k značnej redukcii pacientov, ktorí budú spĺňať kritériá pre schizoafektívnu poruchu.

Diagnóza poruchy s bludmi ostáva i naďalej sústredená na prítomnosť bludov a absenciu iných aktívnych príznakov schizofrénie, depresívnej poruchy alebo bipolárnej poruchy, či užívania návykových látok. K symptómovým kritériám pre poruchu s bludmi patria teraz aj bizarné bludy, zatiaľčo bludy, ktoré sa obsahom vzťahujú k dysmorfickej poruche a obsedantno-kompulzívnej poruche, by nemali viesť k diagnóze poruchy s bludmi, ale k primárnej diagnóze telesnej dysmorfickej poruchy (dysmorfofóbie) alebo obsedantno-kompulzívnej poruchy. Ďalším špecifikujúcim znakom potom je chýbajúci náhľad/bludné presvedčenia.

Prechodná psychotická porucha a schizofreniformná porucha neprešli v DSM-5 žiadnymi zásadnými zmenami. Od schizofrénie sa naďalej líšia dĺžkou trvania symptómov.

V texte nie sú špeciálne rozoberané diagnózy, ktoré zahŕňajú atypické alebo neúplné prezentácie príznakov, alebo prezentáciu príznakov vyhradenú na situáciu, akou je pohotovosť, kde informácie nemusí byť kompletne. K týmto diagnózam patrí „inak špecifikovaná porucha zo schizofrénneho spektra a inak špecifikované psychotické poruchy“, „nešpecifikovaná katatónia“ a „nešpecifikovaná porucha zo schizofrénneho spektra alebo iná psychotická porucha“.

Tieto „iné“ diagnózy odrážajú skutočnosť, že ľudské myslenie, pocity a správanie sú na kontínuu,

na ktorom sa nachádzajú i poruchy týchto funkcií. Táto diagnostická šedá zóna je obzvlášť užitočná vo vzťahu k ochoreniam zo schizofrénneho spektra. U mnohých ľudí, ktorým je napokon diagnostikovaná chronická porucha ako schizofrénia alebo schizoafektívna porucha, sa vyskytujú časové obdobia, kedy už začínajú vykazovať prvé symptómy, ale ešte nie sú diagnostikovaní. Na túto problematiku reagoval DSM-5 vytvorením novej diagnózy, a to *syndróm atenuovanej psychózy* („*attenuated psychosis syndrome*“). Psychiatri často nie sú schopní dokonale predikovať, u ktorých pacientov dôjde k plnému rozvinutiu psychotických príznakov, avšak vhodná predikcia je natoľko dôležitá, že sú jej v DSM-5 vyhradené hneď dve miesta. Syndróm atenuovanej psychózy môže slúžiť ako špecifikátor v tejto kapitole DSM-5, kde je zaradený ako „inak špecifikované poruchy zo schizofrénneho spektra a iné psychotické poruchy (syndróm atenuovanej psychózy).“ A po druhé, tento stav je tiež podrobnejšie preberaný v časti „Stavy pre ďalšie štúdium“.

### Odporúčaná literatúra

Bromet EJ, Kotov R, Fochtmann LJ, et al:

Diagnostic shifts during the decade following first admission for psychosis. *Am J Psychiatry* 168(11):1186-1194, 2011

Lieberman JA, Murray RM: *Comprehensive*

*Care of Schizophrenia: A Textbook of Clinical Management*, 2nd Edition. New York, Oxford University Press, 2012

Tamminga CA, Sirovatka PJ, Regier DA, van Os

J (eds): *Deconstructing Psychosis: Refining the Research Agenda for DSM V*. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2010

## KAZUISTIKA 2.1

### Emočne narušená

Carol A. Tamminga, M.D.

Feliciju Allen, 32-ročnú ženu, priviezla na pohotovosť polícia po tom, ako sa pokúsila ukradnúť autobus. Keďže pôsobila ako „emočne narušená osoba“, požadované bolo psychiatrické konzílium.

Podľa policajnej správy, slečna Allenová ohrozila vodiča nožom, prevzala riadenie takmer prázdneho mestského autobusu a havarovala s ním. Úplnejší obraz poskytla kamarátka slečny Allenovej, ktorá bola v autobuse tiež, ale nebola zatknutá. Podľa jej výpovede nastúpili na autobus, aby si zašli do neďalekého nákupného centra. Slečnu Allenovú rozrušilo, keď vodič odmietol jej dolárové bankovky. Začala teda hľadať v kabelke, ale miesto toho, aby našla drobné, vytiahla kuchynský nôž, ktorý nosila pre svoju ochranu. Vodič ušiel, a tak nasadla na jeho prázdne miesto a naviedla autobus cez ulicu priamo do obďaleč zaparkovaného auta.

Pri vyšetrení bola slečna Allenová, podsaditá mladá žena, spútaná, a na čele mala obväz. Nepokoje sa vrtela a kývala sa dopredu a dozadu na stoličke. Prítom si zjavne pre seba niečo mrmlala. Keď sa jej spýtali, čo hovorí, nadviazala na okamih očný kontakt a len opakovala: „Prepáčte, prepáčte.“ Na iné otázky neodpovedala.

Viac informácií poskytol psychiater, ktorý prišiel na pohotovosť onedlho po spomínanej nehode. Ten oznámil, že slečna Allenová i jej priateľka sú už dlho liečené v štátnej psychiatrickej nemocnici, kde pracoval. Obe práve začali s priepustkami, ktoré mali povolené každý týždeň ako pokus o opätovné zaradenie do spoločnosti; u slečny Allenovej išlo o prvú cestu autobusom bez prítomnosti člena personálu nemocnice.

Podľa psychiatra, slečne Allenovej bola diagnostikovaná „paranoidná schizofrénia s nástupom v detskom veku a rezistentná na liečbu.“ V piatich rokoch začala počuť hlasy. Keďže bola veľká, silná, obťažujúca a psychotická, hospitalizovaná bola od

svojich 11 rokov takmer nepretržite. Jej sluchové halucinácie obvykle pozostávali z kritického hlasu, komentujúceho jej správanie. Jej myslenie bolo jednoduché, bez schopnosti abstrakcie, ale v uvoľnenom stave bola schopná i sebareflexie. Vykazovala motivované túžby a prosby a opakovane vravela, že jej najväčším cieľom je „mať vlastnú izbu vo vlastnom dome a s vlastnými priateľmi“. Psychiater nevedel, čo spôsobilo, že vytiahla nôž. V poslednej dobe už nehalucinovala a mala menej paranoidných pocitov, ale nebol si celkom istý, či nie je viac psychotická, než dávala najavo. Bolo tiež možné, že bola len netrepezlivá a podráždená. Psychiater bol navyše presvedčený, že v jej živote nebol takmer žiaden časový úsek, kedy by sa mohla normálne vyvíjať, a mala teda len málo skúseností so skutočným svetom.

Slečna Allenová užívala už 1 rok klozapin, s dobrým efektom na sluchové halucinácie. V tomto čase pribrala 16 kíľ, ale mala menšie ťažkosti s ranným vstávaním, ba dokonca začala dúfať, že by si mohla nájsť prácu a žiť väčšmi nezávislým spôsobom života, a trvala na pokračovaní liečby klozapinom. Spomínaná cesta autobusom mala byť krokom k tomuto progresu.

### Diagnóza

- Schizofrénia, mnohopočetné epizódy, aktuálne v aktívnej fáze

### Diskusia

Krádež mestského autobusu nie je racionálnym jednaním a odráža neschopnosť slečny Allenovej vysporiadať sa s realiami skutočného sveta. Jej myslenie je jednoduché, konkrétne. Správa sa bizarne. Mumle a rozpráva si sama pre seba, čo naznačuje prítomnosť sluchových halucinácií. Keďže

je rezidentkou štátnej psychiatrickej nemocnice, možno predpokladať závažnú duševnú chorobu.

Pre schizofréniu podľa DSM-5 sú potrebné aspoň dva z piatich príznakov: bludy, halucinácie, dezorganizovaná reč, dezorganizované alebo abnormálne správanie a negatívne príznaky. Musí byť zhoršené každodenné fungovanie a kontinuuálne znaky ochorenia musia trvať aspoň 6 mesiacov. Diagnóza slečny Allenovej je jasná aj bez akýchkoľvek ďalších informácií o jej živote.

Psychóza slečny Allenovej sa začala v detstve. Príznaky so skorým začiatkom sú často nerozpoznané, keďže deti často prežívajú psychotické zážitky ako „normálne“. Identifikácia symptómov (napr. počutie hlasov bez reálneho zdroja) a ich priradenie k určitému časovému obdobiu (napr. určitý ročník alebo škola) môžu spätne napomôcť určiť vek nástupu ochorenia u dospelého pacienta. Aj keď príznaky a liečba sú u schizofrénie s nástupom v detstve a v dospelosti podobné, schizofrénia s nástupom v detstve je obvykle závažnejšia. Včasné psychotické príznaky výrazne narúšajú vývoj dieťaťa. Florídne psychotické symptómy sa nielenže samy zhoršujú, ale navyše deprivujú dieťa od sociálneho učenia a kognitívneho vývoja, ktoré prebieha počas kľúčových detských liet.

Správanie slečny Allenovej v autobuse pravdepodobne neodráža len psychózu a kognitívnu dysfunkciu, ktoré sú súčasťou schizofrénie, ale tiež jej malú skúsenosť s vonkajším svetom. Popri liečbe jej psychotických príznakov klopazinom, psychiatrický tím sa pokúšal nahradiť jej sociálny deficit tým, že ju spojil s kamarátkou a zorganizoval im výlet do obchodu. Členovia tohto tímu pristupovali zjavne veľmi aktívne a angažovane - čo odráža takmer okamžitý príchod psychiatra na pohotovosť po tom, ako sa udial incident s autobusom.

Schizofrénia je heterogénne ochorenie, ovplyvňujúce mnoho domén života. Je pravdepodobné, že existuje niekoľko typov schizofrénie, ktoré sa odlišujú i dosiaľ neznámymi markermi. Vzhľadom na nepresvedčivú validitu, DSM-5 odstránil kategórie, ako je paranoidný typ schizofrénie. Miesto toho presúva systém DSM-5 do popredia niekoľko iných spôsobov, ako možno schizofréniu rozdeliť do podtypov. Jedným zo spôsobov je celková aktivita ochorenia a chronicita symptómov (napr.

jedna epizóda či mnohopočetné epizódy; ochorenie v akútnej epizóde, v čiastočnej remisii, v plnej remisii). Ďalším spôsobom je kategorizácia posúdením závažnosti každého z piatich základných príznakov schizofrénie, s využitím škály od 0 po 4.

Napríklad, slečna Allenová bola schopná pokusu o cestu s kamarátkou; navyiac jej psychiater z nemocnice za ňou dorazil na pohotovosť veľmi rýchlo. Tieto skutočnosti odrážajú angažovaný, aktívny liečebný program. Spolu s lútosťivým prejavom pacientky a jej proklamovanými snahami o nezávislosť indikujú tieto fakty relatívnu neprítomnosť negatívnych príznakov, ako je anhedónia, redukcia sociálneho zázemia či alógia. Takéto aktívne správanie je u pacientov so schizofréniou nezvyčajné a naznačuje, že pacientka nie je v depresii. Bez testovania je ťažké posúdiť kognitívnu kapacitu slečny Allenovej. Jej neschopnosť pochopiť proces platenia za autobus a abstrahovať kľúče k vzorcom správania je odrazom jej myslenia v konkrétnych pojmoch. Na základe tohto stručného popisu ťažko povedať, či trpí aj prídavnými rysmi poruchy pracovnej pamäti alebo pozornosti, blízkymi schizofréniou, ale rozhodne by mala byť na tieto funkcie testovaná.

Popri posudzovaní miery pozitívnych príznakov, zásadné je aj lepšie pochopenie a kategorizácia negatívnych symptómov a kognitívnej dysfunkcie schizofrénie. Čo sa týka liečby schizofrénie, doposiaľ sa týkali hlavné intervencie zmiernenia pozitívnych príznakov, avšak v budúcnosti sa bude liečba zrejme sústrediť predovšetkým na špecifické behaviorálne, kognitívne a emocionálne poruchy, ktoré sú tiež integrálnou časťou tohto ochorenia.

### Odporúčaná literatúra

Ahmed AO, Green BA, Goodrum NM, et al: Does

a latent class underlie schizotypal personality

disorder? Implications for schizophrénia. J

Abnorm Psychol 122(2):475-491, 2013

Heckers S, Barch DM, Bustillo J, et al: Structure of

the psychotic disorders classification in DSM 5.

Schizophr Res May 23, 2013 [Epub ahead of print]

PubMed ID: 23707641

Tandon R, Gaebel W, Barch DM, et al: Definition

and description of schizophrenia in the DSM-5.

Schizophr Res June 22, 2013 [Epub ahead of print]

## KAZUISTIKA 2.2

### Čoraz podivnejší

Ming T. Tsuang, M.D., Ph.D., D.Sc

William S. Stone, Ph.D.

Gregory Bakera, 20-ročného Afroameričana, priviezla na pohotovosť polícia z univerzity, z ktorej bol niekoľko mesiacov predtým vylúčený. Políciu zavolať profesor, ktorý tvrdil, že pán Baker vkročil do jeho triedy volajúc „Som Joker a hľadám Batmana.“ Keď pán Baker odmietal opustiť triedu, profesor zavolať ochranku.

Hoci mal pán Baker ako tínedžer v škole dobré výsledky, v poslednom roku sa stávalo jeho správanie čoraz podivnejším. Prestal sa stretávať s kamarátmi a väčšinu času trávil ležaním na posteli a zízanim na strop. Žil s niekoľkými príbuznými, ale sotva s nimi prehovoril. Z univerzity bol vylúčený kvôli početným absenciám. Jeho sestra udávala, že ho opakovane videla, ako si sám pre seba ticho mumlá, a že v noci stáva niekedy na streche a máva rukami, akoby „dirigoval symfóniu.“ Pacient poprel čo i len najmenší úmysel zo strechy skočiť alebo si inak ublížiť, ale prehlásil, že sa na streche cíti slobodný a v súlade s hudbou. Napriek tomu, že sa ho otec i sestra pokúšali presvedčiť, aby zašiel za univerzitným lekárom, pán Baker nikdy nenavštívil psychiatra ani nebol nikdy hospitalizovaný.

V niekoľkých posledných mesiacoch sa pán Baker čoraz viac zaoberal kamarátkou Annou, ktorá žila na tej istej ulici. Svojej rodine presvedčene tvrdil, že je s touto dievčinou zasnúbený, avšak podľa toho, čo povedala Anna jeho sestre, v skutočnosti spolu sotva prehovorili a rozhodne spolu nechodili. Sestra pána Bakera ďalej udávala, že hoci jej brat písal Anne mnoho listov, nikdy ich neodoslal – miesto toho sa mu hromadili na stole.

Rodina svorne odmietala, že by u pána Bakera vedeli o užívaní návykových látok či alkoholu, a aj jeho toxikologické vyšetrenie bolo negatívne. Na otázku týkajúcu sa užívania drog reagoval Mr. Baker hnevom a neodpovedal.

Pri vyšetrení na pohotovosti pôsobil pán Baker ako dobre upravený, avšak výrazne nespokojný mladý muž. Ďalej pôsobil utiahnuto, nastražene, nepozorne a zaujato vlastnými myšlienkami. Keď mu personál doniesol večeru, reagoval prudkou zlosťou. Hlasno trval na tom, že všetko jedlo v nemocnici je otrávené a že bude piť len špeciálny typ fľaškovej vody. Zaznamenané uňho boli paranoidné, grandiózne a romantické bludy. Pôsobil ako silno zaujatý svojimi vnútornými pochodmi, ale halucinácie popieral. Udával síce, že sa cíti zle, ale popieral depresiu a netrpel poruchou spánku ani apetitu. Časom i miestom bol orientovaný a rozprával artikulovane, ale odmietol formálne kognitívne testovanie. Jeho náhľad i úsudok sa javili veľmi chabé.

Stará matka pána Bakera zomrela v štátnej psychiatrickej nemocnici, kde prežila 30 rokov. Jej diagnóza bola neznáma. Matka pána Bakera bola podľa výpovedí rodiny „bláznivá“. Opustila rodinu, keď bol pán Baker mladý, a tak ho vychovával otec a stará matka z otcovej strany.

Napokon pán Baker podpísal súhlas s hospitalizáciou, vyhlásiac: „Nevadí mi tu ostať. Pravdepodobne tu bude aj Anna, tak s ňou aspoň môžem stráviť čas.“

### Diagnóza

- Schizofrénia, prvá epizóda, aktuálne v akútnej epizóde

### Diskusia

Prípád pána Bakera zahŕňa až familiárne známy scenár, v ktorom veľmi dobre fungujúci mladý muž prechádza značným celkovým zostupom. Popri paranoidných, grandióznych a romantických bludoch sa zdá, že pán Baker reaguje na vnútorné