STABILNOST MKB-10 DIJAGNOZA KOD PACIJENATA SA PSIHOTIČNIM SIMPTOMIMA

Teodora Jovanović, Milutin Kostić^{1,2}

¹Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

²Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Srbija

Apstrakt: Uvod: Većina dijagnostičkih kriterijuma u drugim medicinskim granama se zasnivaju na etiologiji. To u psihijatriji nije moguće i otuda dolazi do velikih kritika i debata o svakom dijagnostičkom kriterijumu i njegovoj validnosti. Nedostatak nozološke klasifikacije zasnovane na etiologiji bolesti doprineo je i nestabilnosti psihijatrijskih dijagnoza kroz vreme. **Cilj:** Utvrđivanje stabilnosti MKB-10 dijagnoza kod pacijenata sa psihotičnim simptomima u periodu od najmanje 10 godina, kao i utvrđivanje učestalosti psihijatrijskog komorbiditeta u uzorku. **Materijal i metode:** Retrospektivni uvid u medicinsku dokumentaciju 94 pacijenta, kojima je primarno postavljena dijagnoza nekog psihotičnog ili bipolarnog poremećaja. **Rezultati:** Najčešće postavljena dijagnoza bila je F29 (45,74%). Najstabilnija dijagnoza u uzorku je F31 (28,95%). Najveći broj pacijenata imao je po dve dijagnoze iz grupe onih koje su predmet istraživanja (F20, F22, F25, F29, F31) – 39,13%. Najčešći psihijatrijski komorbiditet bio je F32/33 – 41,49%. Primećeno je veliko preklapanje dijagnoza F20, F25, F31. **Zaključak:** Nestabilnost psihijatrijskih dijagnoza u kliničkoj praksi je neminovna, multifaktorijalno uslovljena pojava, pogotovo kod dijagnoza iz spektra psihotičnih poremećaja usled izrazite heterogenosti kliničkih slika i evolucije simptoma kroz vreme. Ova problematika zahteva konstantno traganje za uzrocima koji dovode do promena dijagnoza i markiranje onih dijagnoza koje su se pokazale nestabilnim.

Ključne reči: stabilnost, psihotični poremećaj, psihijatrijski komorbiditet, MKB-10

Uvod

Osnova medicinskog rada jeste dijagnostika. Ona se ostvaruje upotrebom klasifikacionih sistema. Definisanjem dijagnostičkih kriterijuma postavljaju se granice između bolesti i zdravlja, usmeravaju istraživanja i terapijski modaliteti. Većina dijagnostičkih kriterijuma u drugim medicinskim granama se zasnivaju na etiologiji. To u psihijatriji nije moguće i otuda dolazi do velikih kritika i debata o svakom dijagnostičkom kriterijumu i njegovoj validnosti [1,2,3,4,5].

Grupa poremećaja čija je glavna karakteristika postojanje psihotičnih simptoma dijagnostički se određuje prema *MKB-10* od *F20* do *F29* [6]. Shizofreni poremećaj kao dijagnoza (*MKB F20.0 – F20.9*) ne bi trebalo da se dijagnostikuje *ad hoc* ili u kraćem razdoblju posebno imajući u vidu epidemiološke podatke, koji govore da gotovo 15 – 20% primarno shizofrenih slika kod prvih psihotičnih epizoda više nikada ne pokažu psihotičnost niti prelaze u psihijatrijski hronicitet, koji je uglavnom patognomoničan za shizofrenu psihozu [7]. Poseban značaj treba posvetiti i prepoznavanju i dijagnostikovanju psihotičnog stanja ili poremećaja kada se ono pojavljuje prvi put u životu jer tada, s kliničkog aspekta, gotovo redovno se postavlja dijagnoza psihotične reakcije ili dekompenzacije (*MKB, F23*). Daljim kliničkim praćenjem, tokom lečenja ili nelečenja, *dg F23* evoluiru u neku ozbiljniju dijagnozu iz spektra psihotičnih poremećaja [7]. Takođe, treba imati u vidu i poremećaje koji mogu, a ne moraju imati psihotična obeležja, poput manije i depresije u bipolarnom poremećaju, kao i unipolarne depresije. U naše istraživanje je uključen i bipolarni poremećaj, kao nozološki entitet koji može imati psihotične karakteristike [8], i sve su učestalija mišljenja stručnjaka, koji dovode u pitanje Krepelinovu dihotomiju između shizofrenije i bipolarnog poremećaja i sugerišu da ove entitete treba posmatrati kao kontinuum, sa shizoafektivnim poremećajem na sredini [9,10]. Upravo ovo pitanje, gde počinju, a gde se završavaju gotovo svi psihijatrijski poremećaji je u centru debate koja se vodi unutar psihijatrije gotovo od njenog nastanka kao grane medicine [11]. Ovo pitanje usmerava i pristup psihijatrijskoj nozologiji, sa tri osnovna, uglavnom suprotstavljena pristupa [12]. Trenutno dominantan, ali pod stalnim napadima, je kategorijalni, gde su psihijatrijske dijagnoze u dijagnostičkim kriterijumima predstavljene kao konkretna stanja sa jasnim granicama. Upravo ovakvim dijagnozama se bavi i naš rad. S druge strane dimenzionalni pristup psihijatrijsku problematiku posmatra kao stanja koja “se stapaju” jedna u drugo gotovo neprimetno i da jasna granica među njima ne postoji. Iako naš rad ne govori direktno o dimenzionalnim kategorijama, mnogi od problema koje postoje u kliničkoj praksi sa kategorijalnim dijagnozama bi, barem teorijski, bili rešeni dimenzionalnim pristupom (mada bi se sigurno otvorili drugi problem) [13]. Treći, etiološki, pristup dijagnostici je nešto što se zagovornici i kategorijalnog i dimenzionalnog modela slažu da bi bio najbolji model, ali trenutno naša naučna saznanja nisu na nivou koji bi omogućio uspostavljanje ovakve dijagnostičke nozologije.

Cilj ovog istraživanja bio je ispitivanje stabilnosti *MKB-10* dijagnoza u periodu od najmanje 10 godina – kod pacijenata kojima je primarna dijagnoza iz grupe “shizofrenija, shizotipski poremećaji i sumanuti poremećaji” i to pre svega *F20* (shizofrenija), *F22* (stalna sumanuta duševna oboljenja), *F23* (akutna i

prolazna duševna oboljenja), *F25* (shizoafektivna duševna oboljenja) i *F29* (neorgansko duševno oboljenje, neoznačeno), kao i *F31* (afektivno bipolarno duševno oboljenje) iz grupe “poremećaji raspoloženja”. Dodatni cilj je utvrđivanje psihijatrijskog komorbiditeta u uzorku.

Materijal i metode

Istraživanje je sprovedeno u Institutu za mentalno zdravlje, Beograd, u decembru 2017. godine. Uzorak je sačinjen od komplijantnih, redovnih, ambulantnih pacijenata kojima je otvoren karton 2007. godine ili ranije, koji aktuelno imaju dijagnozu nekog psihotičnog ili bipolarnog poremećaja. Komplijantnost je utvrđivana uvidom u dokumentaciju, redovnim dolascima na kontrole tokom svih 10 godina od prvog pregleda. Pol, godište ili bilo koji drugi kriterijum nisu bili od značaja za odabir pacijenata. Svi pacijenti koji nisu bili redovni na kontrolama ili komplijantni, izuzeti su iz uzorka.

Retrospektivnim uvidom u medicinsku dokumentaciju u periodu od 10 godina ili više, utvrđena je promenljivost kliničkih slika i dijagnoza. Takođe, utvrđen je i psihijatrijski komorbiditet u uzorku.

Analiza podataka dobijena je deskriptivnom statistikom.

Dozvola za istraživanje je dobijena od strane etičkog komiteta Instituta za mentalno zdravlje.

Rezultati

Obradeno je 94 kartona. Prosečna starost pacijenata kada je prvi put postavljena dijagnoza psihotičnog ili bipolarnog poremećaja je 29,36 godina.

Zastupljenost dijagnoza psihotičnog kvaliteta u uzorku

Ukupan broj pacijenata kojima je u nekom trenutku u toku lečenja postavljena dijagnoza *F20* (shizofrenija) u uzorku je 34, od toga jedan pacijent sa dijagnozom *F20.4* (postshizofrena depresija). Od 34 pacijenta sa dijagnozom *F20*, osam pacijenata je imalo samo dijagnozu *F20*, koja nije promenjena od početka lečenja do kraja praćenja, niti je dodavana još neka iz grupe onih dijagnoza koje su predmet ovog istraživanja (ne uzimajući u obzir dijagnozu *F23*, kao privremenu). Prema tome, kod 23,53% *dg F20* je bila *jedinstvena*¹ (Tabela 1).

¹ Termin *jedinstven* u ovom radu korišćen je da označi one pacijente koji su imali samo jednu dijagnozu iz grupe dijagnoza koje su predmet ovog istraživanja (*F20-F29*, *F31*), izuzimajući *F23* (kao privremenu), kao i ostale psihijatrijske dijagnoze.

Tabela 1. Broj pacijenata sa određenim dijagnozama

DIJAGNOZA	Ukupno	Jedinstveni (sa jednom dijagnozom) ²
F20	34 (36,17%)	8 (23,53%)
F22	11 (11,70%)	3 (27,27%)
F23	44 (46,81%)	2 (4,55%)
F25	30 (31,91%)	3 (10%)
F29	43 (45,74%)	5 (11,63%)
F31	38 (40,43%)	11 (28,95%)

Kod ostalih 76,47% pacijenata, dijagnoza shizofrenije je kombinovana sa ostalim dijagnozama psihotičnog kvaliteta, i to najčešće sa *F29* (45,95%), *F25* (27,03%), *F31* (24,32%), kao i sa *F22* (2,7%) (Slika 1).

Slika 1. Komorbiditet F20 i ostalih dijagnoza psihotičnog kvaliteta

Sa druge strane, kod pet pacijenata od njih 34 (14,71%) dijagnoza *F20*, koja je u jednom trenutku postavljena, nakon izvesnog vremena je promenjena u neku drugu dijagnozu. Dijagnozu *F22* (stalna sumanuta duševna oboljenja) je imalo ukupno 11 pacijenata (11,7%), od toga troje pacijenata (27,27%) označenih kao “jedinstveni” (oni koji su imali samo tu dijagnozu od početka lečenja do kraja perioda praćenja). Privremenu dijagnozu *F23* (akutna i prolazna duševna oboljenja) imalo je ukupno 44 pacijenata (46,81%), a kod dva pacijenta (4,55%) ona se zadržala kao trajna tokom celog perioda praćenja, i nije menjana u drugu dijagnozu. Ukupan broj pacijenata kojima je u nekom trenutku u toku lečenja postavljena dijagnoza *F25* (shizoafektivni poremećaj) bio je 30 (31,91%), od toga njih troje (10%) kod kojih se dijagnoza shizoafektivnog poremećaja zadržala.

²Procenti u koloni “Jedinstveni” odnose se na udeo jedinstvenih pacijenata u odnosu na broj onih koji su tu određenu dijagnozu imali u bilo kom trenutku lečenja, a ne u odnosu na ukupan broj pacijenata iz uzorka.

Najvećem broju pacijenata (ne uzimajući u obzir *dg F23*, kao privremenu), dijagnostikovana je nespecifikovana neorganska psihoza (*F29*) – kod ukupno 43 pacijenta (45,74%), a kod njih petoro (11,63%) ostala je kao jedina dijagnoza iz spektra onih koje su predmet ovog istraživanja. Što se tiče dijagnoze *F31*, ukupan broj pacijenata u uzorku je 38, a od toga čak 11 (28,95%) je imalo samo tu dijagnozu kroz ceo period lečenja (Tabela 1).

Dijagnoza *F23* je u proseku zadržavana 3,43 godine, a kod dva pacijenta (4,55%) ona je bila prisutna od početka lečenja, pa do kraja praćenja, kao jedina dijagnoza iz grupe psihotičnih poremećaja, koje su predmet ovog istraživanja.

Četrnaest od 30 pacijenata (46,67%) koji su imali dijagnozu *F25*, u nekom trenutku su imali i dijagnozu *F31*.

Ako bismo posmatrali ukupan broj pacijenata sa dijagnozom *F25*, *F31* ili obe, u našem uzorku ima ih 55. Četrnaest od tog broja je imalo obe dijagnoze, što čini 25,45%.

Broj dijagnoza po osobi

Uzimajući u obzir samo dijagnoze koje su predmet ovog istraživanja (bez *F23*) u analiziranju prosečnog broja dijagnoza po osobi, rezultati su sledeći – najveći broj osoba imao je dve različite dijagnoze tokom perioda lečenja (39,13%), samo jednu dijagnozu iz ove grupe dijagnoza imalo je 30 pacijenata (32,61%), tri dijagnoze imalo je 24 pacijenta (26,09%), a četiri dijagnoze je imalo 2 pacijenta (2,17%). Ukupan broj pacijenata uzimajući u obzir ovu grupu dijagnoza je 92, jer su dve osobe iz uzorka tokom celog desetogodišnjeg (ili dužeg) perioda lečenja imale dijagnozu *F23*, kao jedinu.

Ako bismo dijagnozama iz prve grupe dodali dijagnozu *F23*, najveći broj osoba u uzorku je imao 3 dijagnoze (39,36%). Jednu dijagnozu je imalo 18 pacijenata (19,15%), dve – 30 (31,91%), a četiri – 8 pacijenata (8,51%). Jedan pacijent (1,06%) je imao pet dijagnoza.

Uzimajući u obzir i ostale psihijatrijske dijagnoze, pored onih koje su primarno predmet ovog istraživanja, najveći broj osoba u uzorku imao je četiri različite psihijatrijske dijagnoze (36,17%), samo 5,32% osoba je imao samo jednu psihijatrijsku dijagnozu, a jedna osoba je imala šest psihijatrijskih dijagnoza (Tabela 2).

Tabela 2. Distribucija broja pacijenta koji su imali samo praćene dijagnoze, praćene dijagnoze u kombinaciji sa dijagnozom akutnog tranizornog psihotičnog poremećaja kao i praćene dijagnoze u kombinaciji sa ostalim psihijatrijskim dijagnozama koje nisu bile predmet istraživanja

Broj dijagnoza po osobi	Broj pacijenata koji su imali neku od sledećih dijagnoza <i>F20, F22, F25, F28, F29, F31</i>	Broj pacijenata koji su imali neku od sledećih dijagnoza <i>(F20, F22, F25, F28, F29, F31) + F23</i>	Broj pacijenata koji su imali neku od sledećih dijagnoza <i>(F20, F22, F25, F28, F29, F31) + F23 + ostali psihijatrijski komorbiditet</i>
1	30 (32,61%)	18 (19,15%)	5 (5,32%)
2	36 (39,13%)	30 (31,91%)	19 (20,21%)
3	24 (26,09%)	37 (39,36%)	22 (23,40%)
4	2 (2,17%)	8 (8,51%)	34 (36,17%)
5	/	1 (1,06%)	13 (13,83%)
6	/	/	1 (1,06%)
Ukupno pacijenata	92	94	94

Psihijatrijski komorbiditet u uzorku

Najveći broj pacijenata u uzorku je, kao psihijatrijski komorbiditet, imao dijagnozu *F32/33* – 39 od 94 pacijenata (41,49%). Od tog broja, njih 19 je kao primarnu dijagnozu imalo *F31*, što je 48,72%, dok je ostalih 20 imalo neku drugu psihijatrijsku dijagnozu, iz grupe onih koje su predmet ovog istraživanja, kao primarnu.

Kada je reč o poremećajima ličnosti, 12 od 94 pacijenata je imalo dijagnozu *F60/61*, što čini 12,77%, a od tih 12 je 6 njih bilo sa dijagnozom *F60.3*. Jedan pacijent sa *dg F31* (od njih 38 ukupno) kao komorbiditet imao je *dg F60.3* (2,63%). Kod 9 od 12 pacijenata (75%) sa *dg* poremećaja ličnosti ona je “skinuta” posle određenog perioda lečenja (Slika 2).

Slika 2. Prisustvo psihijatrijskog komorbiditeta u praćenom uzorku

Od 34 pacijenta kojima je dijagnostikovana *F20*, 14 njih (41,18%) je kao komorbiditet imalo *F32/33*, dok je, od 30 pacijenata kojima je dijagnostikovana *F25* kao primarna dijagnoza, čak 22 njih imalo i *F32/33* (73,33%). Deset pacijenata je imalo obe dijagnoze (*F20* i *F25*), a od tog broja, njih sedmero je imalo kao komorbiditet *F32/33* (70%) (Slika 3).

Slika 3. Distribucija pacijenata sa dijagnozom shizofrenije, shizoafektivnog poremećaja ili obe dijagnoze istovremeno u odnosu na dijagnozu depresivnog poremećaja kao komorbiditeta

Hospitalizacije

Najveći broj pacijenata je bio hospitalizovan jednom (22,34%) ili dva puta (20,21%). Dvanaest pacijenata od njih 94 nije bilo hospitalizovano ni jednom (12,77%). Po jedan pacijent je imao četrnaest (1,06%), odnosno šesnaest (1,06%) hospitalizacija. U 18,3% slučajeva, dijagnoza je promenjena nakon hospitalizacije.

Diskusija

Najzastupljenija dijagnoza u uzorku bila je *F29*, kod čak 43 pacijenta odnosno 45,74%. To je procenat onih koji su u jednom trenutku imali ovu dijagnozu, dok je samo njih petoro od 43, odnosno 11,63% imalo ovu dijagnozu kao jedinstvenu. Ovakav rezultat navodi na razmišljanje u dva smera – heterogenost u kliničkoj slici pacijenata, ali svakako i mogućnost nesigurnosti u pogledu postupka dijagnostikovanja [14], kao i izbegavanje dijagnostikovanja pacijenata u smislu razvojnog poremećaja tipa shizofrenije zbog moguće stigmatizacije, što je nažalost i danas prisutno [15,16].

Najprisutnija jedinstvena dijagnoza u uzorku je *F31* – od 38 pacijenata kojima je u nekom momentu bila dijagnostikovana *F31*, kod njih 11 (28,95%) ova dijagnoza se zadržala kao jedinstvena, odnosno nije se menjala u neku od

dijagnoza psihotičnog kvaliteta, koje su predmet ovog istraživanja. Ovo je delimično u skladu sa literaturom gde je bipolarni poremećaj najstabilnija dijagnoza [17,18], ali je u našem uzorku to značajno manje nego u uzorku Chena i saradnika [17] gde je preko 70% pacijenata sa bipolarnom dijagnozom na početku tu dijagnozu zadržalo i pri kasnijem preseku, dok je u McLean-Harvardskom projektu taj broj čak 96,5 [18]. Ipak prvo istraživanje je posmatralo period od 7, a drugo svega 2 godine, što je značajno kraće od naših 10 godina.

Od 44 pacijenata kojima je dijagnostikovana *F23*, kod 42 je ona tokom desetogodišnjeg praćenja evoluirala u neki ozbiljniji klinički entitet iz reda psihoza, međutim kod dva pacijenata ona se zadržala kao jedina. Ovaj podatak, kao i činjenica da je dijagnoza *F23* prosečno zadržavana 3,43 godine, a što nije u skladu sa dijagnostičkim kriterijumima, govori u prilog tome da je ona možda, kao i dijagnoza *F29*, šifrirana kod pacijenata umesto *F20*, u cilju izbegavanja stigmatizacije [15,16].

Uzimajući u obzir dijagnoze koje karakterišu predominantno psihotični simptomi, koje su predmet ovog istraživanja (izuzev *F23*, pod pretpostavkom da je ona privremena), najveći broj pacijenata (39,13%) je imao dve dijagnoze, a ako uzmemo u obzir sve psihijatrijske dijagnoze, prosečan broj dijagnoza po osobi raste na 4, u 36,17% slučajeva. Ovaj podatak govori u prilog tri potencijalne stvari – subjektivnost lekara u prosuđivanju simptoma psihijatrijskih poremećaja, značajne heterogenosti kliničke slike kao i promene kliničke slike u toku same evolucije bolesti [14,19]. Takođe, treba imati u vidu i izvesna administrativna ograničenja propisivanja lekova o trošku fonda [20].

Kada je reč o dijagnozi *F20*, ona je kod samo 23,53% bila jedinstvena. U ostalih 76,47% pacijenti su „lutali” između ostalih dijagnoza psihotičnog kvaliteta. Rezultati dobijeni analizom podataka ukazuju na veliki stepen prelazaka i komorbiditeta dijagnoza *F20*, *F25* i *F31*, što je u skladu sa podacima iz literature [9,10,18], koji sugerišu da između dijagnoza shizofrenije i bipolarnog poremećaja ne postoji apsolutna dihotomija, već da ih treba posmatrati kao kontinuum na čijim se krajevima nalaze *dg F20* i *F31*, a na sredini *F25*. Ono što je problematično je što je najčešća dijagnoza koja prethodi, nasleđuje ili ide zajedno sa dijagnozom shizofrenije je dijagnoza nespecifičnog psihotičnog poremećaja (*F29*), što se može shvatiti ponovo kao vid zaštite pacijenata od stigmatizacije koju *dg F20* nosi [15,16]. Najproblematičniji podatak je da je *dg F20*, koja bi inače trebalo da važi za stabilnu dijagnozu, „skinuta” posle određenog broja godina kod 14,71% pacijenata. Ovo je suprotno od uobičajene prakse, te je u istraživanju Brometa i saradnika [19] broj pacijenata sa dijagnozom Sch značajno porastao od nulte do desete godine i nisu navedeni slučajevi u suprotnom smeru. Heslin i saradnici su prateći psihotične poremećaje 10 godina naši da je Sch najstabilnija dijagnoza i čak su u svom zaključku naveli da „izuzev shizofrenije, sve druge dijagnoze treba smatrati potencijalno privremenim” [21]. Ovo nas dovodi u paradoksalnu situaciju da je mnogim pacijentima zbog stigma odlagano davanje dijagnoze Sch, a s druge strane da je relativno nemalom broju pacijenata ta dijagnoza moguće data prerano.

Što se tiče shizoafektivne psihoze, jedan od nalaza koji pobuđuje pažnju i potrebu za daljim praćenjem je svakako istovremeno postojanje i shizoafektivnog

i bipolarnog poremećaja, što je nemoguće jer postojanje jednog isključuje postojanje drugog prema kriterijumima definisanim od strane MKB-10 [6]. Postoji mogućnost da su obe dijagnoze bile istovremeno šifrirane u smislu izbegavanja određenih administrativnih ograničenja oko propisivanja lekova poput psihostabilizatora o trošku fonda na šifru bipolarnog poremećaja, a u smislu zaštite budžeta pacijenata koji su često na granici egzistencije [20]. Ovo je dakle najverovatnije učinjeno sa ciljem zaštite pacijenta, ali značajno remeti kvalitet informacija koje lekari među sobom razmenjuju, a i potencijal za veća retrospektivna epidemiološka i klinička istraživanja uz upotrebu dokumentacije, jer podaci očigledno nisu uvek apsolutno verodostojni.

Najčešći psihijatrijski komorbiditet kod pacijenata u uzorku je *F32/33* – kod 41,49%. Ono što je zanimljivo je da 41,18% pacijenata sa shizofrenijom ima uporedo dijagnozu depresivnog poremećaja. To je značajno više nego u uzorku Baynesa i saradnika gde je procenat 13,3% [22] (mada je to uzorak isključivo hroničnih Sch), ali manji od uzorka Gozdzik-Zelazny i saradnika gde je procenat 61% [23]. Razlog za ovako veliku razliku između tri uzorka može biti da je veliki broj depresivnih reakcija u početnim, akutnim epizodama, sa razvojem uvida, te hronične psihoze imaju manje depresivnih simptoma kako nauče da žive sa bolešću, ali je moguće i da se u kliničkoj praksi ne pravi dovoljno distinkcija između neuroleptičkog sindroma, negativnih simptoma shizofrenije i depresivnog pomaka [24]. Samo jedan od 34 pacijenta sa *dg F20* je imao dijagnozu postshizofrene depresije. Moguće da je ovo dijagnoza o kojoj lekari malo razmišljaju, te da je često dijagnostikuju kao komorbiditet shizofrenije i depresivnog poremećaja, ali je ovo generalno jako slabo izučavana i kontroverzna dijagnoza te ne postoje još uvek istraživanja koja su se fokusirala na incidence i prevalence ove dijagnoze sa kojim bismo mogli da uporedimo naše rezultate. Čak 73,33% shizoafektivnih pacijenata je imalo dijagnozu depresivnog poremećaja. Uporedo davanje shizoafektivne i depresivne dijagnoze se (kao i u slučaju istovremenog šifriranja shizoafektivnog i bipolarnog poremećaja) verovatno čini da bi pacijenti lakše nabavili antidepresivnu terapiju [20], ali nosi iste konsekvence sa sobom.

U prilog dijagnostičkoj nesigurnosti ili značajnoj kliničkoj promenljivosti pacijenata govori i to da su čak dve dijagnoze koje bi trebalo da su vrlo stabilne, *F60/61* i *F20*, “skidane” nakon uključivanja u 75% i 14,71% slučajeva. Posebno je neuobičajena velika varijacija u dodeljivanju i isključivanju dijagnoza poremećaja ličnosti. Postoje brojni radovi u literaturi koji, u kontekstu postmoderne liberalne kulture i digitalne informacione ere, zagovaraju reviziju koncepta normalne, adaptirane, zrele i poremećene ličnosti [1,25,26]. Svakako nam ovakva istraživanja ostavljaju prostor da razmatramo da li je u sklopu neke trenutne maladaptacije kod ovih pacijenata preuranjeno postavljena dijagnoza poremećene ličnosti ili se struktura ličnosti menjala tokom katamnističkog praćenja, te su crte ličnosti koje su dostizale patološki nivo vremenom postale manje izražene i nisu više zadovoljavale kriterijume za postavljanje dijagnoze. Ova promena je mogla nastati prirodno, poboljšanjem adaptivnih potencijala osobe, bilo samostalno ili kroz individualni rad sa lekarom, ali i kao posledica propadanja ličnosti što je odlika hroničnih psihotičnih bolesti, pre svega

shizofrenije. Interesantno je da su dijagnoze poremećaja ličnosti dominantne kod pacijenata sa psihotičnim poremećajima, a da je samo jedan kod bipolarnih komorbiditet, što nije u skladu sa literaturom koja govori o čestoj diferencijalnoj dijagnostičkoj problematici bipolarnog i graničnog poremećaja ličnosti [27,28].

U 18,3% slučajeva dijagnoza je promenjena nakon hospitalizacije. Heterogenost kliničke slike, kao i evolucija kliničkih simptoma ponekad iziskuju mnogo intenzivnije praćenje od onog koje je moguće u dispanzerskim uslovima, da bi se postavila ispravna dijagnoza. Takođe, treba imati u vidu i činjenicu da pacijenti ne stignu ili ne žele da verbalizuju sve simptome svoje bolesti, da im je povremeno potrebno više vremena da bi razvili odnos sa lekarom nego što je to moguće u dispanzerskim uslovima, te da oni naknadno, u hospitalnim uslovima, kada imaju veću mogućnost za češće razgovore i intenzivniji tretman postanu otvoreniji i spremniji da verbalizuju sve probleme sa kojima se suočavaju. Stoga je i istraživanje na velikom španskom uzorku pokazalo da u dijagnoze postavljene prilikom hospitalizacija značajno stabilnije od dijagnoza postavljenih u dispanzerskim uslovima [29].

Ova studija kao ograničenja ima retrospektivni karakter i relativno mali uzorak.

Zaključak

Nestabilnost praćenih dijagnoza ukazuje na potrebu za boljim poznavanjem dijagnostičkih kriterijuma, temeljnijim praćenjem pacijenata, sistematičnijim uvidom u raspoloživu medicinsku dokumentaciju, što su faktori koji se tiču ordinirajućeg lekara. Prevencijom stigmatizacije i stvaranjem povoljnije klime, kako u profesionalnom, tako i u širem socijalnom ambijentu, svakako bi se umanjio i broj onih pacijenata koji se predugo drže u dijagnostičkoj kategoriji akutnog psihotičnog poremećaja. Deo problema svakako se odnosi i na administrativne razloge, vezane za propisivanje pojedinih lekova, koji lekaru nameću dilemu – ispravno dijagnostikovati pacijenta ili pridodati “šifru” preko koje će lek biti dostupan bez naknade. Od jedanaeste revizije *MKB* svakako se očekuje i da ponudi odgovore vezane za nestabilnost samih kliničkih slika pojedinih psihotičnih stanja.

STABILITY OF ICD-10 DIAGNOSES IN PATIENTS WITH PSYCHOTIC SYMPTOMS

Teodora Jovanovic, Milutin Kostic^{1,2}

¹Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

²Faculty of Medicine University of Belgrade, Serbia

Abstract: Introduction: A lack of an aetiologically based nosology classification has contributed to instability in psychiatric diagnoses over time. Taking into account the impact that psychiatric diagnosis may have on the future life of an individual, there is a strong need for scientific research in this area. **Aim:** Assessing *ICD-10* diagnosis stability in patients who have psychotic symptoms, for a period of 10 years or more, and determining the frequency of psychiatric comorbidity in the sample. **Material and methods:** Retrospective evaluation of medical records of 94 patients, who were primarily diagnosed with some psychotic or bipolar disorder. **Results:** The most frequent diagnosis was *F29* (45,74%). The most stable diagnosis in the sample was *F31* (28,95%). Patients were most often diagnosed with two diagnoses from those which are the subject of this research (*F20, F22, F25, F29, F31*) – 39,13%. The most frequent psychiatric comorbidity was *F32/33* – 41,49%. Great overlap of diagnoses *F20, F25, F31* was observed. **Conclusion:** Instability of psychiatric diagnoses in clinical practice is an inevitable, multifactorally conditioned phenomenon, especially when it comes to diagnosis with psychotic symptoms due to distinct heterogeneity of clinical manifestations and evolution of symptoms over time. This problem requires constant search for causes that lead to the change in the diagnosis and marking the diagnoses which were proven to be unstable.

Keywords: *stability, psychotic disorder, psychiatric comorbidity, ICD-10*

Literatura:

1. Divac-Jovanović M, Švrakić D. Revizija koncepta normalne, adaptirane, zrele i poremećene ličnosti – ka redefinisaju poremećaja ličnosti. *Engrami*. 2016; 38(2):5-20.
2. Wakefield JC, First MB. Placing symptoms in context: the role of contextual criteria in reducing false positives in Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders diagnoses. *Compr Psychiatry*. 2012;53(2):130-9.
3. Nesse RM, Stein DJ. Towards a genuinely medical model for psychiatric nosology. *BMC Med*. 2012;13:10:5.
4. Wakefield JC, Schmitz MF. How Many People have Alcohol Use Disorders? Using the Harmful Dysfunction Analysis to Reconcile Prevalence Estimates in Two Community Surveys. *Front Psychiatry*. 2014;3;5:10.
5. Thieleman, K., & Cacciatore, J. (2014). When a Child Dies: A Critical Analysis of Grief-Related Controversies in DSM-5. *Research on Social Work Practice*, 24(1), 114-22.
6. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO;1993.
7. Glavina, T. Klinička obilježja i dijagnoza psihotičnih poremećaja. *Medicus*. 2017;26(2):127-31.
8. Smith LM, Johns LC, Mitchell R. Characterizing the experience of auditory verbal hallucinations and accompanying delusions in individuals with a diagnosis of bipolar disorder: A systematic review. *Bipolar Disord*. 2017;19(6):417-33.
9. Bentall, R. Madness explained: why we must reject the Kraepelinian paradigm and replace it with a 'complaint-orientated' approach to understanding mental illness. *Medical Hypotheses*. 2006;66(2):220-33.
10. Laursen TM, Agerbo E, Pedersen CB. Bipolar disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia overlap: a new comorbidity index. *J Clin Psychiatry*. 2009;70(10):1432-8.
11. Kendler KS. An historical framework for psychiatric nosology. *Psychol Med*. 2009;39(12):1935-41.
12. Avasthi A, Sarkar S, Grover S. Approaches to psychiatric nosology: A viewpoint. *Indian J Psychiatry*. 2014;56(3):301-4.
13. Potuzak M, Ravichandran C, Lewandowski KE, Ongür D, Cohen BM. Categorical vs dimensional classifications of psychotic disorders. *Compr Psychiatry*. 2012;53(8):1118-29.
14. Jakobsen DK, Hansen T, Werge T. Diagnostic stability among chronic patients with functional psychoses: an epidemiological and clinical study. *BMC Psychiatry*. 2007;7:41.
15. Van Zelst C. Stigmatization as an Environmental Risk in Schizophrenia: A User Perspective. *Schizophr Bull*. 2009;35(2):293-6.
16. Sartorius N. Stigma and mental health. *Lancet*. 2007;370(9590):810-1.
17. Chen R, Swann A, Johnson B. Stability of Diagnosis in Bipolar Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*: 1998;186(1):17-23.
18. Salvatore P, Baldessarini RJ, Tohen M et al. McLean-Harvard International First-Episode Project: two-year stability of DSM-IV diagnoses in 500 first-episode psychotic disorder patients. *J Clin Psychiatry*. 2009;70(4):458-66.

19. Bromet JE, PhD, Kotov R, PhD, Fochtmann JL, MD et al. Diagnostic Stability Revisited: Shifts during the Decade Following First-Admission for Psychosis. *Am J Psychiatry*. 2011;168(11):1186-94.
20. Pravilnik o listi lekova koji se propisuju i izdaju na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja [Internet]. Službeni glasnik Republike Srbije, br. 45/2017, 56/2017 - ispr., 70/2017, 76/2017, 87/2017 i 89/2017 - ispr. i 103/2017. Available from: https://www.paragraf.rs/propisi/pravilnik_o_listi_lekova_koji_se_propisuju_i_izdaju_na_teret_sredstava_obaveznog_zdravstvenog_osiguranja.html
21. Heslin M, Lomas B, Lappin JM et al. Diagnostic change 10 years after a first episode of psychosis. *Psychol Med*. 2015;45(13):2757-69.
22. Baynes D, Mulholland C, Cooper SJ, Montgomery RC, MacFlynn G, Lynch G, Kelly C, King DJ. Depressive symptoms in stable chronic schizophrenia: prevalence and relationship to psychopathology and treatment. *Schizophrenia Research*. 2000;45(1-2):47-56.
23. A Gozdzik-Zelazny, L Borecki, M Pokorski. Depressive symptoms in schizophrenic patients. *Eur J Med Res*. 2011;16(12):549-52.
24. Jeczmierny P, Levkovitz Y, Weizman A, Carmel Z. Post-psychotic depression in schizophrenia. *Isr Med Assoc J*. 2001;3(8):589-92.
25. Lečić-Toševski Dušica. Savremeno određenje poremećaja ličnosti – ponovo otkrivena prošlost. *Psihijatrija danas*. 2004; 36(2):243-60.
26. Tyrer P. Personality disorder: Good reasons to reclassify. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2017;51(11).
27. Pauselli L, Verdolini N, Santucci A, Moretti P, Quartesan R. Bipolar and Borderline Personality Disorders: a descriptive comparison of psychopathological aspects in patients discharged from an Italian Inpatient Unit using PANSS and BPRS. *Psychiatr Danub*. 2015;27(1):170-6.
28. Akiskal HS. The emergence of the bipolar spectrum: validation along clinical-epidemiologic and familial-genetic lines. *Psychopharmacol Bull*. 2007;40(4):99-115.
29. Baca-Garcia E, Perez-Rodriguez MM, Basurte-Villamor I. et al. Diagnostic stability of psychiatric disorders in clinical practice. *Br J Psychiatry*. 2007;190:210-6.

Teodora JOVANOVIĆ, student, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Srbija

Teodora JOVANOVIĆ, Faculty of Medicine, University of Belgrade, Serbia

E-mail: teodora.jovanovic.94@gmail.com