KLASIFIKACIJA PSIHOTIČNIH POREMEĆAJA - AKTUELNOSTI

Sanja Andrić Petrović¹
Nađa P. Marić^{1,2}

- 1 Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija
- 2 Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija

UDK: 613.84:615.8 (497.11)

Kratak sadržaj

Dve decenije nakon što je Svetska Zdravstvena Organizacija ozvaničila deset setu reviziju Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-10) i Američka asocijacija psihijatara objavila četvrto izdanje Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM-IV), stručnoj javnosti je predstavljena naredna revizija datih klasifikacija (MKB-11 i DSM-5). U aktuelnom revijalnom radu uporedno su prikazane glavne novine koje MKB-11 i DSM-5 donose u pogledu kategorizacije i dijagnostičkih kriterijuma za poremećaje iz spektra psihoza, uz osvrt na najznačajnije razlike između pomenutih klasifikacionih sistema.

Novine se odnose na eliminisanje kliničkih suptipova shizofrenije, modifikaciju dijagnostičkih kriterijuma za shizofreniju i shizoafektivni poremećaj, kao i rekonceptualizaciju katatonije. Uz to, nove klasifikacije naglašavaju značaj

dimenzionalne procene ključnih psihopatoloških domena, u sklopu kojih je po prvi put formalno prepoznat značaj sagledavanja (narušenog) kognitivnog funkcionisanja. Delimično prihvatanje koncepta rane detekcije i intervencija u psihotičnim poremećajima ogleda se u uključivanju sindroma atenuisane psihoze u DSM-5 poglavlje “Stanja za dalja istraživanja”, sa ciljem pospešivanja istraživanja u ovoj oblasti.

Verzije MKB-11 i DSM-5 nisu donele fundamentalne promene u pogledu klasifikacije psihotičnih poremećaja u poređenju sa verzijama MKB-10 i DSM-IV, a jedna od glavnih kritika novih klasifikacionih sistema je da su nedovoljno zasnovani na savremenim naučnim dokazima i neurobiološkim osnovama psihijatrijskih poremećaja. Potraga za validnim biomarkerima psihotičnih poremećaja ostaje prioritet istraživanja u ovoj oblasti i u budućnosti, a njihova integracija u DSM i MKB, koja bi pojednostavila dijagnostiku i načinila je znatno egzaktnijom, zadatak je za buduće procese revizije klasifikacionih sistema.

Ključne reči:

psihotični poremećaji, klasifikacija, MKB-11, DSM-5.

UVOD

U međusobnoj komunikaciji lekara nužno je da postoji zajednički sistem klasifikovanja bolesti, na osnovu čega se preduzimaju odgovarajuće aktivnosti radi njihovog sprečavanja ili lečenja. Psihijatrijska klasifikacija, sa preko 300 postojećih dijagnoza, obezbeđuje kliničarima širom sveta slobodnu i dostupnu platformu koja je relativno laka za primenu i, kao takva, služi svima koji se bave lečenjem ili proučavanjem mentalnih poremećaja^[1]. Klasifikacije u svakom slučaju treba posmatrati kao arbitrarne, jer one počivaju na konsenzusima potkrepljenim kvantitativnim i kvalitativnim analizama raspoloživim u datom trenutku. Samim tim, klasifikacije su omeđene kako rastućim znanjem, tako i mnogim ograničenjima, koja se prevazilaze relativno polako i u zavisnosti ne samo od tempa napredovanja naučnih saznanja, već i od spremnosti stručne zajednice da ih prihvati.

Dve decenije nakon što je Svetska Zdravstvena Organizacija (SZO) ozvaničila desetu reviziju Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-10) i Američka asocijacija psihijatarata (APA) objavila četvrto izdanje Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM-IV), stručnoj javnosti je predstavljena naredna revizija datih klasifikacija. U maju 2013. godine objavljeno je peto izdanje Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM-

5), a sredinom juna 2018. godine i dugo očekivana jedanaesta revizija Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-11) koja bi trebalo da stupi na snagu 1. januara 2022. godine. Tokom čitavog procesa izrade MKB-11 autori su nastojali da dijagnostičke kriterijume u najvećoj mogućoj meri usaglasa sa onima u DSM-5, kako bi bila olakšana komunikacija između stručnjaka iz različitih zemalja^[2], te su pomenuti klasifikacioni sistemi u značajnoj meri harmonizovani - težeći konzistentnosti. Ipak, određene razlike i dalje su neminovne, s obzirom na različitost namenu i ciljne grupe ova dva klasifikaciona sistema.

U daljem tekstu će uporedno biti prikazane glavne novine koje MKB-11 i DSM-5 donose u pogledu kategorizacije i dijagnostičkih kriterijuma za poremećaje iz spektra psihoza, uz osvrt na najznačajnije sličnosti i razlike između pomenutih klasifikacionih sistema. Cilj ovog revijalnog rada je osvrt na savremene, internacionalno prihvaćene klasifikacije, radi uapređenja kliničke i istraživačke prakse u našoj sredini.

PSIHOTIČNI POREMEĆAJI U MKB-11

MKB-10 poglavlje “Shizofrenija, shizotipalni poremećaj i duševna oboljenja sa sumanutošću” (kodovi F20-29) u MKB-11 je preimenovano u “Poremećaji iz spektra shizofrenije i drugi primarni psihotični poremećaji” (kodovi 6A2-)

(Tabela 1). Ovo poglavlje odnosi se na sledeće dijagnostičke kategorije^[3]:

- Shizofrenija (kod 6A20)
- Shizoafektivni poremećaj (kod 6A21)
- Shizotipalni poremećaj (kod 6A22)
- Akutni i prolazni psihotični poremećaj (kod 6A23)
- Duševna oboljenja sa sumanutošću (kod 6A24)
- Druga specifikovana shizofrenija ili drugi primarni psihotični poremećaji (kod 6A2Y)
- Shizofrenija ili drugi primarno psihotični poremećaji, neoznačeno (kod 6A2Z)

Uvođenjem termina “primarni” psihotični poremećaji, autori su nastojali da ih precizno razgraniče od “sekundarnih psihotičnih poremećaja uzrokovanih zloupotrebom psihoaktivnih supstanci” (kodovi 6C4-) i od “sekundarnog psihotičnog sindroma” nastalog u sklopu određenog somatskog oboljenja (kodovi 6E61.-), koji su u MKB-11 svrstani u zasebna nova poglavlja.

Zanimljivo je napomenuti i da osim termina “primarne” psihoze, pojedini autori predlažu i korišćenje termina “idiopatske” psihoze, o čemu je tokom više decenija vođena debata^[4]. Prema Lieberman-u i First-u^[5], psihoze se mogu klasifikovati u tri velike podgrupe – idiopatske psihoze, psihoze uzrokovane određenim somatskim stanjem (uključujući i neurodegenerativne bolesti) i toksične psihoze (usled zloupotrebe droga, određenih lekova, intoksikacija i

Tabela 1. Uporedni prikaz psihotičnih poremećaja u MKB-11 i MKB-10 /
Table 1. Psychotic disorders in ICD-11 and ICD-10

MKB-11: Poremećaji iz spektra shizofrenije i drugi primarni psihotični poremećaji / ICD-11: Schizophrenia or other primary psychotic disorders	MKB-10: Shizofrenija, shizotipalni poremećaj i duševna oboljenja sa sumanutošću / ICD-10: Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders
Shizofrenija (6A20) / Schizophrenia (6A20)	Shizofrenija (F20) / Schizophrenia (F20)
Shizoafektivni poremećaj (6A21) / Schizoaffective disorder (6A21)	Shizoafektivni poremećaj (F25) / Schizoaffective disorder (F25)
Akutni i prolazni psihotični poremećaj (6A23) / Acute and transient psychotic disorder (6A23)	Akutni i prolazni psihotični poremećaj (F23) / Acute and transient psychotic disorder (F23) Akutni polimorfni psihotični poremećaj bez simptoma shizofrenije (F23.0) / Acute polymorphic psychotic disorder without symptoms of schizophrenia (F23.0)
Shizotipalni poremećaj (6A22) / Schizotypal disorder (6A22)	Shizotipalni poremećaj (F21) / Schizotypal disorder (F21)
Duševna oboljenja sa sumanutošću (6A24) / Delusional disorder (6A24)	Stalni duševni poremećaji sa sumanutošću (F22) / Persistent delusional disorder (F22) Druga akutna duševna oboljenja sa sumanutošću (F23.3) / Other acute predominantly delusional psychotic disorder (F23.3) Indukovana sumanutost (F24) / Induced delusional disorder (F24)
Drugi primarno psihotični poremećaji (6A2Y / 6A2Z) / Other primary psychotic disorder (6A2Y / 6A2Z)	Akutni polimorfni psihotični poremećaj sa simptomima shizofrenije (F23.1) / Acute polymorphic psychotic disorder with symptoms of schizophrenia (F23.1) Akutni psihotični poremećaj sličan shizofreniji (F23.2) / Acute schizophrenia-like psychotic disorder (F23.3)

sl.). U tom smislu, sva stanja gde je moguće utvrditi jasan uzrok psihotičnosti i gde se psihopatologija može lečiti direktnim delovanjem na uzrok, ili patološke posledice datog uzročnika, treba posma-

trati odvojeno od idiopatskih psihotičnih poremećaja. Osim toga, Lieberman i First^[5] ističu da se psihotični poremećaji mogu definisati mnogo više kao klinički sindromi, nego kao skup spe-

cifičnih, odvojenih bolesti. Osoba koja ima “psihotične simptome” je ona koja ima neki karakterističan saznavni ili perceptivni poremećaj – najpre se misli na sumanute ideje i halucinacije, pri čemu ovi pojedinačni simptomi sami po sebi ne moraju da implikuju bolest. Bolest – dijagnoza može se potvrditi tek ukoliko karakterističan splet simptoma zadovoljava određene kriterijume, a razlike među pojedinim oblicima idiopatskih/primarnih psihotičnih poremećaja i dijagnoza unutar datog spektra zasnivaju se na sledećem:

1) Trajanju karakterističnih simptoma (tj. ≥ 6 meseci za shizofreniju, < 1 meseca za psihotične epizode),

2) Fenomenologiji (tj. više dimenzija psihopatologije kod shizofrenije, izolovani poremećaji kod psihoza sa sumanutošću),

3) Dinamici manifestacije poremećaja mišljenja, percepcije i afekta/raspoloženja tokom određenog vremenskog perioda (tj. da li se psihotični simptomi javljaju unutar, ili izvan faza poremećaja raspoloženja).

KORAK NAPRED KA DIMENZIONALNOM PRISTUPU PSIHOTIČNIM POREMEĆAJIMA

Sve više naučnih dokaza ukazuje na to da kategorijalni pristup shizofreniji i drugim psihotičnim poremećajima zna-

čajno doprinosi stagnaciji u rasvetljavanju njihovih etiopatogenetskih mehanizama, s obzirom da kategorijalni model/paradigma nema kapacitet da “preživi” varijabilitet simptomatologije, terapijskog odgovora, i funkcionalnog ishoda^[6]. Uprkos tome, ni MKB-11 ni DSM-5 nisu doneli željenu promenu paradigme niti suštinske promene u definisanju koncepta shizofrenije i drugih psihotičnih poremećaja, uz obrazloženje autora da se postojeći konstrukt shizofrenije pokazao kao “klinički koristan i dijagnostički stabilan”^[7]. Pa ipak, već pri prvom pogledu na nove naslove poglavlja (MKB-11: “Poremećaji iz spektra shizofrenije i drugi primarni psihotični poremećaji”, DSM-5: “Poremećaji iz spektra shizofrenije i drugi psihotični poremećaji”), može se uočiti da je uveden novi termin - spektar shizofrenije, što odražava trend dimenzionalnog pristupa psihotičnim poremećajima. Uz to, oba klasifikaciona sistema donose preporuku dimenzionalne procene jezgrovinih simptoma i znakova kod svakog psihotičnog pacijenta pomoću odrednice za označavanje njihovog prisustva i izraženosti. Upotreba odrednica trebalo bi da dopuni kategorijalni pristup dimenzionalnošću, da bolje okarakterise heterogenost samog poremećaja i da omogući personalizaciju tretmana^[8]. Preporuka DSM-5 je da se pomoću petostepene Likertove skale (0 - odsutno, 4 – izraženo) oceni osam ključnih aspekata mišljenja, afekta i ponašanja (sumanute ideje, halucinacije,

dezorganizovan govor, dezorganizovano ponašanje/katatonija, negativni simptomi, kognitivno funkcionisanje, depresija i manija)^[9, 10], dok su u MKB-11 dostupni dopunski kodovi (6A25.-), koji se primenjuju isključivo uz odgovarajuću primarnu dijagnozu, i namenjeni su opisu simptoma u šest ključnih psihopatoloških domena (pozitivni, negativni, depresivni, manični, psihomotorni, kognitivni) kao blagih, umerenih ili izraženih. Iako je pomenuta procena i dalje pretežno deskriptivna, uz upitnu zasnovanost na specifičnim neurobiološkim parametrima (neuronskim krugovima, transmitterskim sistemima, endofenotipovima i sl.), ona ipak predstavlja korak napred ka suštinskoj promeni nozologije i paradigme, tj. predstavlja korak dalje ka dimenzionalnom pristupu primarnim psihotičnim poremećajima.

ELIMINISANJE KLINIČKIH SUPTIPOVA SHIZOFRENIJE

Verovatno najveću promenu koju MKB-11 i DSM-5 donose po pitanju poremećaja iz spektra shizofrenije predstavlja izostavljanje kliničkih suptipova shizofrenije - paranoidne, hebefreno-dezorganizovane, katatone, nediferencirane i rezidualne forme bolesti. Konsenzus radne grupe koji je doveo do ove odluke bio je potkrepljen sledećim argumentima:

1) klinički suptipovi nisu adekvatan pokazatelj heterogenosti shizofrenije,

2) oni ne predstavljaju dijagnostički stabilna (postojana) stanja, s obzirom da se baziraju najupadljivijoj simptomatologiji u datom trenutku - a ona se može menjati u daljem toku poremećaja,

3) da nemaju naslednu komponentu (ne grupišu se unutar porodica obolelih osoba) i

4) da imaju vrlo ograničen prognostički značaj^[11].

Sve navedeno je dovelo do zaključka da ova, po svemu sudeći arteficijalna podela shizofrenije, nema suštinsku primenu u kliničkom i istraživačkom radu, što je uz činjenicu da se izuzev paranoidne i nediferencirane forme bolesti ostali suptipovi veoma retko dijagnostikuju^[12], bio glavni argument za njeno uklanjanje iz novih klasifikacionih sistema.

MODIFIKACIJA DIJAGNOSTIČKIH KRITERIJUMA ZA SHIZOFRENIJU

Prema MKB-10 i DSM-IV za postavljanje dijagnoze shizofrenije bilo je neophodno prisustvo dva ili više karakterističnih jezgrovnih simptoma. U izuzetnim slučajevima - kada su prisutne sumanute ideje kontrole/uticaja/pasivnosti, kada su sumanute ideje okarakterisane kao bizarne, ili kada su perceptivne obmane predstavljene glasovima koji komentarišu postupke/misli pacijenta ili slušnim halucinacijama dijaloga, za postavljanje dijagnoze shizofrenije bilo je dovoljno

prisustvo svega jednog od pobrojanih jezgrovnih simptoma (tzv. Šnajderovih simptoma prvog reda).

MKB-11 KRITERIJUMI ZA SHIZOFRENIJU

U shizofreniji su narušeni različiti procesi duševnog života (psihičke funkcije), uključujući:

- mišljenje (sumanute ideje, narušenost forme mišljenja)
- opažanje (halucinacije)
- doživljaj sopstvenosti (utisak da su sopstvena osećanja, impulsi, misli ili ponašanje pod uticajem i kontrolom spoljašnjih sila)
- volja (gubitak motivacije)
- afekat (zaravnjen emocionalni izraz)
- ponašanje (ponašanje deluje bizarno ili besmisleno, reakcije su nepredvidljive ili neprimerene i ometaju oblikovanje ponašanja)

U ovom poremećaju mogu postojati i psihomotorne smetnje, uključujući katoniju.

Pod jezgrovnim simptomima smatraju se sumanute ideje i halucinacije koje traju duže, poremećaj mišljenja, doživljaji uticaja (na lični domen), doživljaj kontrole (nad ličnim domenom) ili pasivnost.

Da bi bila postavljena dijagnoza shizofrenije, trajanje simptoma mora biti najmanje mesec dana.

Simptomi nisu manifestacija drugog zdravstvenog poremećaja (na primer,

tumora mozga) i nisu posledica poremećaja CNS usled delovanja određene supstance ili leka (na primer kortikosteroida), uključujući i sindrom prekida korišćenja psihoaktivnih supstanci (na primer, sindrom odvikavanja od alkohola).

Glavna novina koju donose MKB-11 i DSM-5 po pitanju dijagnostičkih kriterijuma za shizofreniju je ukidanje specijalnog tretmana bizarnih sumanutih ideja i Šnajderovih simptoma prvog reda zbog nedostatka njihove dijagnostičke specifičnosti^[7], čime je automatski eliminisana mogućnost da jedan jezgrovni simptom bude dovoljan za postavljanje dijagnoze. Naime, u novim klasifikacionim sistemima ukinuta je mogućnost kvalifikacije sumanutih ideja kao “bizarnih”, jer je termin “bizarno” okarakterisan kao krajnje nejasan termin podložan različitim interpretacijama i uticajima kulturoloških razlika. Prema MKB-11 i DSM-5^[3,9] za postavljanje dijagnoze shizofrenije sada je neophodno prisustvo barem dva od pobrojanih jezgrovnih simptoma, pri čemu postoji dodatni zahtev da makar jedan od njih obavezno mora biti tzv. jezgrovni pozitivni simptom – perzistentne sumanute ideje, perzistentne halucinacije, poremećaj mišljenja po formi (npr. inkoherentan govor), ili poremećaj doživljaja sopstvenosti (sumanutost kontrole, uticaja ili pasivnosti). Pri tome je važno naglasiti da pobrojani simptomi ne smeju biti manifestacija drugog zdravstvenog

poremećaja (npr. tumora mozga) niti posledica poremećaja CNS-a usled delovanja određenih supstanci ili lekova (npr. kortikosteroida), uključujući i sindrom prekida korišćenja psihoaktivnih supstanci (npr. sindrom odvikavanja od alkohola).

Razlika između DSM-5 i MKB-11 u pogledu dijagnostičkih kriterijuma za shizofreniju je minimalna dužina trajanja opisanih simptoma, pri čemu ovaj vremenski kriterijum u DSM-5 iznosi šest meseci, dok je u MKB-11 to mesec dana. Specifičnost DSM-5 je i to da je neophodan uslov za postavljanje dijagnoze shizofrenije da tokom većeg dela vremena od početka promena, nivo postignuća u jednoj ili više oblasti (tj. rad-

na angažovanost, međuljudski odnosi, briga o sebi) bude upadljivo ispod funkcionalnog nivoa koji je prethodio početku promena, što diferencijalno-dijagnostički predstavlja ključnu razliku između shizofrenije sa jedne strane i svih ostalih psihotičnih poremećaja sa druge strane. Za razliku od toga, narušena funkcionalnost ne predstavlja obavezan dijagnostički kriterijum za shizofreniju prema MKB-11.

UVOĐENJE ODREDNICA ZA KLINIČKI TOK POREMEĆAJA

Tok poremećaja iz spektra shizofrenije je izrazito varijabilan, kako dugoroč-

Shema 1. Upotreba odrednica za klinički tok primarno psihotičnih poremećaja

no – u pogledu dužine interepizodičnih perioda, učestalosti epizoda itd., tako i kratkoročno (npr. u pogledu trajanja pojedinačne epizode bolesti)^[13]. Sa ciljem da različiti oblici kliničkog toka psihotičnih poremećaja budu što preciznije okarakterisani, u poslednjim verzijama klasifikacionih sistema uvedene su dve vrste odrednica – jedna koja se odnosi na longitudinalni (višegodišnji) tok koji može biti epizodičan (prva ili višestruka epizoda) ili kontinuiran, i za čiju je procenu potreban period posmatranja od minimum godinu dana, i druga koja se odnosi na trenutno stanje i bliže ga opisuje kao akutnu epizodu, parcijalnu ili kompletnu remisiju^[7] (Shema 1)

MODIFIKACIJA DIJAGNOSTIČKIH KRITERIJUMA ZA SHIZOAFEKTIVNI POREMEĆAJ

Karakterizacija pacijenata koji doživljavaju i psihotične i afektivne simptome oduvek je bila nozološki izazov. Zbog brojnih sličnosti i preklapanja simptoma sa drugim poremećajima (pre svega sa primarnim psihotičnim poremećajima i poremećajima raspoloženja), dijagnostička stabilnost, pouzdanost i preciznost shizoafektivnog poremećaja u ranijim klasifikacionim sistemima procenjene su kao nezadovoljavajuće, uz upitnu validnost pomenute dijagnostičke kategorije^[14]. Shizofrenija, shizoafek-

tivni poremećaj i poremećaji raspoloženja (sa psihotičnim karakteristikama) u MKB-10 i DSM-IV nisu bili jasno razgraničeni, što je moglo biti uzrok dijagnostičkih nedoumica i greški.

Prema MKB-10, za postavljanje dijagnoze shizoafektivnog poremećaja neophodno je bilo samo prisustvo prominentnih simptoma kako shizofrenije, tako i afektivnog poremećaja. Pri tome, postojeći simptomi nisu ispunjavali sve kriterijume neophodne za postavljanje dijagnoze shizofrenije, depresivne ili manične epizode.

Novi klasifikacioni sistemi donose znatno preciznije i restriktivnije dijagnostičke kriterijume, pa se prema MKB-11 dijagnoza shizoafektivnog poremećaja može postaviti samo kada su istovremeno (tokom većine vremena) ispunjeni dijagnostički kriterijumi za shizofreniju sa jedne strane, i za depresivnu (umernu ili tešku), maničnu ili mešovitu epizodu poremećaja raspoloženja sa druge strane. Uz to, važno je napomenuti da simptomi koji su karakteristični i za shizofreniju i za poremećaje raspoloženja (npr. agitacija, negativni simptomi, psihomotorni nemir), ne mogu biti pobrojani među dva simptoma neophodna za postavljanje dijagnoze shizofrenije. Pojava psihotičnih i afektivnih simptoma mora biti istovremena (ili unutar nekoliko dana), obe grupe simptoma moraju biti prisutne u trajanju od najmanje mesec dana i ne smeju biti posledica drugih medicinskih stanja, delovanja

lekova/supstanci na CNS, niti sindroma prekida korišćenja psihoaktivnih supstanci. Očekuje se da će pobrojane modifikacije dijagnostičkih kriterijuma dovesti do smanjenja stope dijagnostikovanja shizofreničnih poremećaja, uz istovremeno povećavanje njegove dijagnostičke stabilnosti^[15].

DSM-5 dijagnostički kriterijumi i MKB-11 kriterijumi su uglavnom usaglašeni, s tim da je specifičnost DSM-5 to da je shizofrenični poremećaj sagleđan kao longitudinalna, a ne epizodična dijagnostička kategorija, što bi prema autorima radne grupe za izradu priručnika trebalo da doprinese dodatnom poboljšanju dijagnostičke stabilnosti ovog poremećaja.

SPEKTAR DUŠEVNIH OBOLJENJA SA SUMANUTOŠĆU

Glavna novina koju MKB-11 i DSM-5 donose u pogledu dijagnostičkih kriterijuma za duševna oboljenja sa sumanutošću je da više nije neophodno da sumanute ideje budu ne-bizarne, s obzirom da se pojam “bizarno” i “ne-bizarno” kompletno ukida iz terminologije novih klasifikacija. Takođe, sumanuta uverenja se više ne sagledavaju automatski kao indikator psihotičnih poremećaja, već je diferencijalno-dijagnostički potrebno pažljivo proceniti da li se njihovo prisustvo može bolje objasniti u sklopu opsesivno-kompulsivnog poremećaja “bez

uvida” – odrednicom koja predstavlja još jednu novinu u MKB-11 i DSM-5, a koja se odnosi na karakterizaciju uvida kao dobrog, zadovoljavajućeg, lošeg ili odsutnog. Na kraju, stalni duševni poremećaji sa sumanutošću (F22), drugi akutni duševni poremećaji sa sumanutošću (F23.3) i indukovana sumanutost (F24) više se ne sagledavaju kao zasebni dijagnostički entiteti, već su u cilju pojednostavljenja klasifikacionih sistema objedinjeni u jedinstvenu dijagnostičku kategoriju - spektar duševnih poremećaja sa sumanutošću. (Tabela 1)

REKONCEPTUALIZACIJA KATATONIJE

MKB-11 po prvi put izdvaja katatoniju kao novo zasebno poglavlje (kodovi 6A4-) smešteno između psihotičnih i afektivnih poremećaja. Ostale ujednačene promene koje donose obe klasifikacije, DSM-5 i MKB-11, po pitanju konceptualizacije i pristupa katatoniji, namenjene su poboljšanoj dijagnostici i kliničkoj primenljivosti ovog entiteta. Prikazaćemo ih uporedo sa glavnim manjkavostima ranijih klasifikacionih sistema, identifikovanim od strane radnih grupa za njihovu izradu^[16]:

Pojednostavljenje dijagnostičkih kriterijuma za katatoniju.

Katatonija često nije dovoljno prepoznata u svakodnevnoj kliničkoj praksi, bilo da se radi o katatonom sindromu u sklopu shizofrenije, ili onom

u sklopu drugih psihijatrijskih i opštih medicinskih stanja^[17]. Glavni razlog za to mogla bi da bude nekonzistentna definicija katatonije u prethodnim klasifikacionim sistemima. Kako bi dijagnostika i tretman katatonije bili poboljšani, doneta je odluka da se ubuduće primenjuju pojednostavljeni dijagnostički kriterijumi koji zahtevaju prisustvo tri ili više od ukupno dvanaest patognomoničnih znakova: katalepsija, voštana savitljivost, stupor, agitacija (koja nije uslovljena eksternim stimulusima), mutizam, negativizam, besmisleno poziranje, manirizmi, stereotipije, grimasiranje, eholalija i ehopraksija.

Katatonija u sklopu drugih psihijatrijskih poremećaja i sekundarna katatonija.

U ranijim klasifikacionim sistemima katatonija je mogla biti dijagnostikovana isključivo u sklopu odgovarajućeg kliničkog suptipa shizofrenije, ili kao odrednica “sa katatonijom” za epizode major poremećaja raspoloženja u DSM-IV. Međutim, iako se katatonija oduvek dovodila u vezu sa shizofrenijom, evidentno je da ona ne mora da potiče iz tog supstrata, već se može javiti i u sklopu drugih psihotičnih poremećaja, primarnih poremećaja raspoloženja, poremećaja autističnog spektra, kao i određenih neuroloških i opštih medicinskih stanja (sekundarna katatonija). Iz tog razloga, u okviru MKB-11 poglavlja “Katatonija” uvedene su četiri nove dijagnostičke kategorije – “Katatonija u sklopu drugog duševnog oboljenja” (kod 6A40),

“Katatonija uzrokovana psihoaktivnim supstancama, uključujući lekove” (kod 6A41), “Sindrom sekundarne katatonije” (kod 6E69) i “Nespecifikovana katatonija” (kod 6A4Z). Kao što je prethodno napomenuto, katatona forma shizofrenije je isključena iz MKB-11 i DSM-5, te će ubuduće za bližu kategorizaciju shizofrenije i drugih psihijatrijskih poremećaja praćenih katatonijom u MKB-11 biti korišćen kod 6A40 (“Katatonija u sklopu drugog duševnog oboljenja”), dok će se u DSM-5 primenjivati odrednica “sa katatonijom”.

“Katatonija uzrokovana psihoaktivnim supstancama, uključujući lekove” (kod 6A41) odnosi se na skup primarno psihomotornih simptoma i znakova koji se javljaju tokom ili neposredno nakon korišćenja ili prestanka uzimanja određenih psihoaktivnih supstanci/lekova (antipsihotika, amfetamina, fenciklidina, itd.), dok “Sindrom sekundarne katatonije” predstavlja stanje etiopatogenetski uslovljeno određenim somatskim poremećajima, poput dijabetične ketoacidoze, hiperkalcemije, hepatične encefalopatije, homocisteinurije, neoplazmi, povreda glave, cerebrovaskularnih bolesti i encefalitisa.

Katatonija u sklopu nedijagnostikovanih medicinskih stanja – “Nespecifikovana katatonija”.

Postoje situacije tokom inicijalne obrade pacijenata kada je povezanost katatonije i uzrocnog medicinskog stanja još uvek maglovita. Konsenzus eksperata koji se bave ovom problematikom^[18] je da bi u takvim slučajevima svakako trebalo di-

jagnostikovati katatoniju i otpočeti njen simptomatski tretman benzodijazepinima i elektrokonvulzivnom terapijom, s obzirom da je ovo stanje potencijano letalno ukoliko nije na vreme i adekvatno tretirano. Upravo iz tog razloga MKB-11 i DSM-5 uvode novu dijagnostičku kategoriju – “nespecifikovana katatonija” (MKB-11 kod 6A4Z), koja bi trebalo da omogući pravovremeno reagovanje kod teških pacijenata kod kojih nije moguće momentalno utvrditi uzročno stanje koje se nalazi u osnovi katatonije, a koji zahtevaju neodložan tretman.

SINDROM ATENUISANE PSIHOZE

U fokusu brojnih debata tokom procesa izrade novih klasifikacionih sistema bilo je pitanje da li bi i u kom obliku u njih trebalo uvrstiti stanje povišenog rizika za psihozu ili sindrom atenuisane psihoze^[19]. Sindrom atenuisane psihoze predstavlja stanje praćeno simptomima nalik onima u psihotičnim poremećajima, uz prisustvo klinički signifikantnog distresa koji osobu primorava da potraži stručnu pomoć, ali i relativno očuvanog uvida. Iako psihotični simptomi u pogledu intenziteta ili dužine trajanja u trenutku procene ipak ne dostižu dijagnostički prag, ove osobe su pod značajno povišenim rizikom za konverziju u jasnu psihotičnu epizodu (tranzicija u psihozu), ali i za brojne druge kliničke ishode^[20].

Glavni argument u prilog uvođenja

pomenute nove dijagnostičke kategorije u MKB-11 i DSM-5 bio je da bi to pospešilo rane intervencije u psihotičnim poremećajima, odnosno omogućilo lakše sprovođenje metoda ciljane prevencije baziranih na njihovom kliničkom stažiranju (*staging*)^[21]. Sa druge strane, glavni argumenti opoenata bili su bojazan da bi formalno prepoznavanje stanja visokog rizika za psihozu pospešilo stigmatizaciju osoba koje pri tome ne ispunjavaju dijagnostičke kriterijume za bilo koji klinički oblik psihoze - što je naročito delikatno imajući u vidu da približno dve trećine njih uopšte neće imati jasnu psihotičnu epizodu u daljem životu, niti postoji jasan razlog za upotrebu antipsihotika/ostalih psihofarmaka kod ovih mahom veoma mladih osoba^[20]. Predloženo je da se data dijagnostička kategorija ipak uvede, ali samo u slučajevima kada nijedna druga ne može bolje okarakterisati stanje date osobe, sa idejom da bi njihov adekvatan klinički tretman (u skladu sa rastućim brojem kliničkih studija na ovoj populaciji) potencijalno mogao prevenirati nepovoljan ishod u budućnosti. Međutim, kako još uvek nije dokazano da dostupne psihološke, socijalne i farmakološke intervencije značajno redukuju stopu konverzije osoba pod povišenim rizikom u psihozu, već u najboljem slučaju samo odlažu njen početak^[22, 23], procenjeno je da bi preporuka za uvođenje nove dijagnostičke kategorije koja bi se primarno zasnivala na budućem riziku bila preuranjena^[24] i na kraju je ipak doneta odluka

da to ne bude učinjeno u glavnom poglavlju klasifikacije.

Kao međurešenje, u DSM-5 je uvedeno posebno poglavlje pod nazivom "Stanja za dalja istraživanja" gde su pobrojana ona stanja za koja još uvek nema dovoljno naučnih dokaza koji bi opravdali njihovo uključivanje među zvanične dijagnostičke kategorije, ali koja zaslužuju naročitu istraživačku pažnju. Članovi radne grupa za izradu DSM-5 priručnika doneli su odluku da sindrom atenuisane psihoze svrstaju u ovo poglavlje, uz obrazloženje da je pre nego što pomenuti klinički entitet eventualno bude svrstan među zvanične dijagnostičke kategorije neophodno dodatno ispitati njegovu prediktivnu vrednost u svakodnevnoj kliničkoj praksi, različite varijante kratkoročnog i dugoročnog ishoda i njihove markere, kao i pažljivo proceniti odnos potencijalne štete i dobiti^[25].

ZAKLJUČAK

MKB-11 i DSM-5 nisu doneli fundamentalne promene u pogledu klasifikacije psihotičnih poremećaja u poređenju sa prethodnim verzijama klasifikacionih sistema. Jedan od osnovnih ciljeva autora MKB-11 i DSM-5 bio je da poboljšaju njihovu kliničku primenljivost smanjenjem broja uvrštenih dijagnostičkih kategorija i pojednostavljenjem dijagnostičkih kriterijuma. Posledično, glavne novine koje ovi klasifikacioni sistemi donose u pogledu psihotičnih poreme-

ćaja odnose se na eliminisanje kliničkih suptipova shizofrenije, modifikaciju dijagnostičkih kriterijuma za shizofreniju i shizoafektivni poremećaj, kao i rekonceptualizaciju katonije - radi poboljšane dijagnostike i tretmana. Uz to, MKB-11 i DSM-5 naglašavaju značaj dimenzionalne procene ključnih psihopatoloških domena, u sklopu kojih je po prvi put formalno prepoznat značaj sagledavanja (narušenog) kognitivnog funkcionisanja. Sve veća svest o značaju rane detekcije i intervencija u psihotičnim poremećajima ogleda se u uključivanju sindroma atenuisane psihoze u DSM-5 poglavlje "Stanja za dalja istraživanja", sa ciljem pospešivanja istraživanja u ovoj oblasti.

Jedna od glavnih kritika novih klasifikacionih sistema bila je da su nedovoljno zasnovani na savremenim naučnim dokazima i neurobiološkim osnovama psihijatrijskih poremećaja, zbog čega su povremeno pežorativno nazivani "autoritativnom nozologijom"^[26]. Ipak, postojeća saznanja o etiopatogenezi psihotičnih poremećaja daleko su od zadovoljavajućih, s obzirom da ni jedan od do sada ispitivanih potencijalnih biomarkera ne zadovoljava standarde senzitivnosti, specifičnosti i prediktivne vrednosti. Stoga, potraga za validnim biomarkerima psihotičnih poremećaja ostaje prioritet istraživanja u ovoj oblasti i u budućnosti, a njihova integracija u DSM i MKB - koja bi pojednostavila dijagnostiku i načinila je znatno egzaktnijom, zadatak za buduće procese revizije klasifikacionih sistema.

THE CLASSIFICATION OF PSYCHOTIC DISORDERS - TRENDING TOPICS

Sanja Andrić Petrović¹
Nađa P. Marić^{1,2}

- 1 Clinic for Psychiatry Clinical Centre of Serbia, Belgrade, Serbia
- 2 Faculty of Medicine, University of Belgrade, Belgrade, Serbia

UDK: 613.84:615.8 (497.11)

Summary

Two decades after the World Health Organization released the Tenth Revision of the International Classification of Diseases (ICD-10) and the American Psychiatric Association published the fourth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), mental health professionals were presented with the newest revisions of the aforementioned classification systems (ICD-11 and DSM-5). The present review summarizes the major changes of ICD-11 and DSM-5 regarding the categorization and diagnostic criteria for psychosis spectrum disorders, emphasizing the most important similarities and differences between the two classification systems.

The main changes brought by the newest ICD and DSM revisions are elimination of the clinical subtypes of schizophrenia, modifications in the diagnostic

criteria for schizophrenia and schizoaffective disorder, and reconceptualization of catatonia. Moreover, the newest ICD and DSM revisions highlight the importance of the dimensional assessment of key psychopathology domains, whereby the significance of evaluation of (impaired) cognitive functioning has been formally recognized for the first time among these domains. The DSM-5's inclusion of attenuated psychosis syndrome under chapter "Conditions for further study" (appendix), reflects partial acknowledgment of the concept of early detection and early intervention in psychotic disorders, aimed to promote further research in this area.

ICD-11 and DSM-5 did not bring fundamental changes concerning classification of psychotic disorders, in comparison to their previous versions – ICD-10 and DSM-IV. A major source of criticism in the latest revisions of the classification systems was that they had not been based on the up-to-date scientific data and neurobiological foundation of psychiatric disorders. Search for valid biomarkers for psychotic disorders is still a research priority in this area, and their integration into DSM and ICD. This remains a challenging task for future revisions of the classification systems.

Key words:

psychotic disorders, classification, ICD-11, DSM-5

LITERATURA / LITERATURE:

1. Sartorius N, Maric N. How many categories in a classification of psychiatric disorders do we need? *Medical Youth* 2017; 68(2): 1-7. doi:10.5937/mp68-14245
2. First MB. Harmonisation of ICD-11 and DSM-V: opportunities and challenges. *Br J Psychiatry* 2009; 195(5): 382-90.
3. World Health Organization (2018). International statistical classification of diseases and related health problems (11th Revision). Izvor: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> [pristupljeno 22/5/19].
4. Keshavan MS, Kaneko Y. Secondary psychoses: an update. *World Psychiatry* 2013; 12(1): 4-15.
5. Lieberman JA, First MB. Psychotic Disorders. *N Engl J Med* 2018; 379(3): 270-80. doi: 10.1056/NEJMr1801490.
6. Heckers S. Making progress in schizophrenia research. *Schizophr Bull* 2008; 34(4): 591-4.
7. Tandon R, Gaebel W, Barch DM et al. Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophr Res* 2013; 150(1): 3-10.
8. Keeley JW, Gaebel W. Symptom rating scales for schizophrenia and other primary psychotic disorders in ICD-11. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2018; 27(3): 219-24.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
10. Heckers S, Barch DM, Bustillo J et al. Structure of the psychotic disorders classification in DSM-5. *Schizophr Res* 2013; 150(1): 11-4.
11. Linscott RJ, Allardyce J, van Os J. Seeking verisimilitude in a class: a systematic review of evidence that the critical clinical

- symptoms of schizophrenia are taxonomic. *Schizophr Bull* 2010; 36(4): 811-29.
12. Xu TJ. The subtypes of schizophrenia. *Shanghai Arch Psychiatr* 2011; 23: 106-8.
 13. Gaebel W. Course typologies, treatment principles, and research concepts. *Pharmacopsychiatry* 2004; 37(Suppl 2): S90-7.
 14. Peterson DL, Webb CA, Keeley JW et al. The reliability and clinical utility of ICD-11 schizoaffective disorder: A field trial. *Schizophr Res* 2019; pii: S0920-9964(19)30071-4. doi: 10.1016/j.schres.2019.02.011.
 15. Tandon R, Carpenter W. Psychotic disorders in DSM-5: Clinical implications of revisions from DSM-IV. *Psychiatric Times* 2016; 33(10).
 16. Tandon R, Heckers S, Bustillo J et al. Catatonia in DSM-5. *Schizophr Res* 2013; 150(1): 26-30. doi: 10.1016/j.schres.2013.04.034.
 17. Van der Heijden FM, Tjuinier S, Arts NJ, Hoogendoorn ML, Kahn RS, Verhoeven WM. Catatonia: disappeared or under-diagnosed? *Psychopathology* 2005; 38(1): 3-8.
 18. Francis A, Fink M, Appiani F et al. Catatonia in Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. *J ECT* 2010; 26(4): 246-7. doi: 10.1097/YCT.0b013e3181fe28bd.
 19. Nemeroff CB, Weinberger D, Rutter M et al. DSM-5: a collection of psychiatrist views on the changes, controversies and future directions. *BMC Med* 2013; 11:202.
 20. Fusar-Poli P, Bonoldi I, Yung AR et al. Predicting psychosis: meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Arch Gen Psychiatry*. 2012; 69: 220-9.
 21. Woods SW, Walsh BC, Saks JR, McGlashan TH. The case for including Attenuated Psychotic Symptoms Syndrome in DSM-5 as a psychosis risk syndrome. *Schizophr Res* 2010; 123(2-3): 199-207.
 22. Preti A, Cella M. Randomized-controlled trials in people at ultra high risk for psychosis: a review of treatment effectiveness. *Schizophr Res* 2010; 123(1): 30-6.
 23. Morrison AP, French P, Stewart SL et al. Early detection and intervention evaluation for people at risk of psychosis: multisite randomised controlled trial. *BMJ* 2012; 344: e2233. doi: 10.1136/bmj.e2233.
 24. Carpenter WT, van Os J. Should attenuated psychosis syndrome be a DSM-5 diagnosis? *Am J Psychiatry* 2011; 168(5): 460-3.
 25. Yung AR, Woods SW, Ruhmann S et al. Whither the attenuated psychosis syndrome? *Schizophr Bull* 2012; 38(6): 1130-4.
 26. Markon KE. Epistemological pluralism and scientific development: an argument against authoritative nosologies. *J Pers Disord* 2013; 27(5): 554-79.

Sanja Andrić Petrović

Klinika za psihijatriju
Klinički centar Srbije
Pasterova 2, Beograd

Mob:+381 63 8332290

sanjandric@gmail.com