

DIAGNOSTICKÁ STABILITA SCHIZOAFEKTÍVNEJ PORUCHY

původní práce

Lubomíra Izáková
Viktor Segeda

Psychiatrická klinika LF UK a UNB,
Bratislava

Kontaktní adresa:

MUDr. Lubomíra Izáková, PhD.
Psychiatrická klinika LF UK a UNB
Mickiewiczova 13
813 69 Bratislava
Slovenská republika
e-mail: luba.izakova@nextra.sk

SÚHRN

Izáková L, Segeda V. Diagnostická stabilita schizoafektívnej poruchy

Úvod: Kombinácia schizofrenickej psychopatologickej štruktúry a afektívnej symptomatiky je častou klinickou realitou. Predstavuje nielen terapeutický, ale aj diagnostický a prognostický problém. Miesto schizoafektívnej poruchy v súčasných klasifikačných systémoch nie je stabilné. Jedným z problémov je spôsob hodnotenia symptomatiky z časového hľadiska. Obidva symptomové okruhy môžu v čase existovať nezávisle od seba, resp. bývajú nerovnako klinicky vyjadrené.

Metodika: Retrospektívne sa hodnotili údaje z hospitalizácií pacientov liečených na Psychiatrickej klinike LF UK a UN v Bratislave v roku 2001 s diagnózou schizoafektívnej poruchy (25.y). Zdrojom údajov boli chorobopisy pacientov. Hodnotili sme demografické a klinické charakteristiky pacientov v priebehu intervalu rokov 2001–2011.

Výsledky: Do súboru sme zaradili 57 pacientov, ktorí boli v roku 2001 prepúšťaní z hospitalizácie s diagnózou F25.y. V súbore pacientov so schizoafektívnou poruchou sme zistili vyšší priemerný vek a odlišné rodové rozdelenie s prevahou žien v porovnaní s pacientmi so schizofréniou. Pacienti so schizoafektívnou poruchou lepšie pracovne fungovali a boli neskôr invalidizovaní. V intervale sledovaných rokov sme z prierezového hľadiska zaznamenali častejší výskyt depresívnych epizód, pri longitudinálnom hodnotení bol častejší bipolárny priebeh. Stabilita diagnózy bola v priebehu sledovaného obdobia

SUMMARY

Izáková L, Segeda V. Diagnostic stability of schizoaffective disorder

Objective: Combination of the schizophrenic psychopathological structure and affective symptomatology is a common clinical reality. It represents not only therapeutic but also diagnostic and prognostic problem. Position of schizoaffective disorder in contemporary classification systems has not been stable. One of the problems is the method of evaluation of symptoms in time. Both symptom clusters may exist independent of each other in time, resp. be unequally clinically expressed.

Methodology: The authors retrospectively evaluated the data from hospitalisations of patients treated at the Psychiatric Clinic Medical Faculty CU and University Hospital Bratislava in 2001 with a diagnosis of schizoaffective disorder (25.y). Source of data were medical records of patients. We evaluated demographic and clinical characteristics of patients during the interval of years 2001–2011.

Results: The study group included 57 patients who had been dismissed from the hospitalisation in the 2001 with a diagnosis F25.y. In the group of patients with schizoaffective disorder, we found a higher average age and different gender distribution, predominantly female, compared with group of patients with schizophrenia. Patients with schizoaffective disorder had better working functioning and later disability pensioning because of mental disorder. During the study interval, in a cross-sectional view, we found increased incidence of depres-

vysoká. Nepotvrdila sa však retrospektívna celoživotná stabilita diagnózy. Ako prvá diagnóza v priebehu schizoafektívnej poruchy sa diagnóza schizoafektívnej poruchy vyskytla u menej ako 30% pacientov.

Záver: Hoci je schizoafektívna porucha existujúcou diagnostickou kategóriou, nie sú jednoznačne definované jej diagnostické kritériá. Výsledky výskumov a klinická prax naznačujú, že predstavuje heterogénnu skupinu stavov. Aj napriek dlhotrvajúcemu záujmu o túto duševnú poruchu, na úrovni dnešných poznatkov zostáva schizoafektívna porucha nestabilnou a kontroverznou diagnózou.

Kľúčové slová: diagnostická stabilita, pracovné fungovanie, schizoafektívna porucha.

sive episodes, when assessing the longitudinal view, bipolar course was more frequent. The stability of diagnosis over the study period was high. However, retrospective life-time stability of diagnosis from the first diagnosis of schizoaffective disorder was not confirmed. Diagnosis of schizoaffective disorder occurred in less than 30% of patients.

Conclusion: However, the schizoaffective disorder exist as a diagnostic category, has not clearly defined its diagnostic criteria. The results of researches and clinical practice suggest that it is a heterogeneous group. Despite long interest about this mental disorder, at today's level of knowledge, remains schizoaffective disorder unstable and controversial diagnosis.

Key words: diagnostic stability, working functioning, schizoaffective disorder.

ÚVOD

Kombinácia schizofrenickej psychopatologickej štruktúry a afektívnej symptomatiky je častou klinickou realitou. Predstavuje nielen terapeutický, ale aj diagnostický a prognostický problém. Hoci je schizoafektívna porucha kontroverznou diagnostickou kategóriou, o jej existencii niet pochybností.¹ Ide o komplexnú duševnú poruchu, ktorej diagnostické kritériá sa však dlhodobo vyvíjajú a menia. Nie je jasné, či ide o poruchu psychotického kontinua alebo samostatnú jednotku.² Napriek tomu, že má svoje miesto v súčasných klasifikačných systémoch, jej zatriedenie nie je stabilné.

História diagnostických kritérií schizoafektívnej poruchy

Karl Ludwig Kahlbaum (1928–1899) ako prvý psychiatr modernej doby opísal schizoafektívnu psychózu ako samostatnú skupinu psychotických ochorení, ktoré označil názvom *vesania typica circularis*.³ Ako diagnostické kritériá použil prierezové a priebehové charakteristiky. Emil Kraepelin (1856–1926) si tiež uvedomoval častý výskyt prípadov, u ktorých nie je jasné zatriedenie k demencii *praecox* s nepriaznivou a k manicko-depresívnemu šialenstvu s dobrou prognózou.⁴ Eugen Bleuler (1857–1939) prezentoval názor, že demencia *praecox*, ktorú premenoval na schizofréniu, sa môže prechodne prejavovať symptómami poruchy nálady, ale nie naopak.⁵ Príznaky mánie

a depresie hodnotil ako akcesórne, a zmiešané psychózy preto zatriedil ku schizofréni. Za dôležitý považoval psychopatologický obraz poruchy, nie jej priebehové charakteristiky. Avšak v roku 1966 ich revolučne Jules Angst (1926) umiestnil k afektívnym poruchám.⁶

Ďalším pokusom o definíciu schizofréni boli diagnostické kritériá Kurta Schneidera (1887–1967), ktorý každú endogénnu psychózu považoval za jedinečnú nozologickú jednotku s určitým patologickým základom, charakteristickou psychopatológiou, priebehom, reakciou na liečbu.⁷ Popísal medzi prípady (*Twischen-Fälle*), odlišné typy endogénnej psychózy, ktoré nemajú vzťah ku schizofréni a manicko-depresívnej psychóze. Hoci autorstvo pojmu schizoafektívna psychóza sa v histórii pripisuje Jacobovi Sergi Kasaninovi (1897–1946), ktorý v roku 1933 definoval túto diagnostickú entitu (tab. 1), práve Schneiderove diagnostické kritériá sa stali základom súčasných klasifikačných systémov.⁸ Kasaninove kritériá z dnešného pohľadu skôr pripomínajú v MKCH-10 diagnostickú kategóriu akútnych a prechodných psychotických porúch.⁹

Časté prekrývanie sa psychotických a afektívnych príznakov sa stalo predmetom záujmu mnohých výskumov a v nasledujúcom období sa hromadili práce o atypických, zmiešaných, kombinovaných, nesystematických, cykloidných psychózach a aj o schizoafektívnej psychóze. George Eman Vaillant (1934) v roku 1963 premenoval tzv. remituujúcu schizofréniu u pacientov, ktorí po schizofrenickom

Tab. 1. Diagnostické kritériá pre schizoaftívnu psychózu podľa Kasanina⁸

vek 20–30 rokov
zvyčajne anamnéza predchádzajúceho ataku v neskorej adolescencii
dobré sociálne fungovanie
náhly začiatok
pôsobenie špecifického stresu
neprítomnosť pasivity alebo stiahnutia sa
trvanie niekoľko týždňov alebo mesiacov a následná úzdrava

ataku dosiahli kvalitnú remisiu, na schizoaftívnu poruchu.¹⁰

Umiestnenie schizoaftívnej poruchy v súčasných klasifikačných systémoch

Napriek dlhému vývoju diagnostických kritérií sa súčasne klasifikačné systémy z hľadiska schizoaftívnej poruchy javia ako insuficientné. Ich základným kritériom je koexistencia schizofrenického a afektívneho syndrómu.

Klasifikácia MKCH-10 vyžaduje v klinickom obraze minimálne dva týždne trvajúcu prítomnosť schizofrenických príznakov.⁹ Afektívne príznaky stredne ťažkého alebo ťažkého stupňa majú byť vyjadrené počas tej istej epizódy a súčasne aspoň počas časti epizódy. Podľa polarít aktuálnej epizódy rozlišuje manický, depresívny a zmiešaný typ.

V klasifikácii DSM-IV sa tiež hodnotia časové kritériá.¹¹ Prítomnosť bludov a halucinácií sa vyžaduje minimálne dva týždne v priebehu poruchy bez prítomnosti prevládajúcich príznakov poruchy nálady, alebo podľa návrhu klasifikácie DSM-V bez psychopatologických príznakov veľkej afektívnej epizódy.¹² Príznaky, ktoré spĺňajú kritériá pre epizódu poruchy nálady, majú byť prítomné podstatnú dobu z celkovej doby trvania ochorenia. Tieto časové charakteristiky návrh klasifikácie DSM-V upresňuje, uvádza sa, že afektívne symptómy majú trvať viac ako 30 % z celkovej doby ochorenia. Klasifikácia DSM rozlišuje podľa longitudinálneho priebehu bipolárny a depresívny typ schizoaftívnej poruchy.

Výskumy zamerané na schizoaftívnu poruchu

Vzhľadom k nepresne definovaným diagnostickým kritériám sa schizoaftívna porucha všeobecne považuje za zberný kôš nejasných diagnóz. Problémom zostáva rekonštrukcia psychopatologického obrazu v čase. Obidva vzájomne si konkurujúce syndrómy majú existovať istú dobu nezávisle. Avšak nemusia byť v klinickom obraze zhodne vyjadrené.

Jedným z moderných priekopníkov výskumu zameraného na schizoaftívnu poruchu je Andreas Marneros (1946). Spolu so svojimi spolupracovníkmi longitudinálne, viac ako 25 rokov, sleduje pacientov s afektívnymi poruchami, schizoaftívnou poruchou a schizofréniou. Výsledky ich výskumov potvrdzujú umiestnenie schizoaftívnej poruchy medzi schizofréniou a afektívne poruchy na rôznych úrovniach. Odlišné sa javia sociodemografické faktory, genetika, pohlavie, rodinná anamnéza, začiatok, psychopatologická symptomatika, prognóza. Marneros sa na základe týchto výsledkov pokúsil o nové rozdelenie

schizoaftívnej poruchy. Spojil prierezové a longitudinálne kritérium. Definoval dva typy schizoaftívnej poruchy. Konkurenčný typ charakterizujú iba schizoaftívne epizódy, v rámci ktorých sa schizofrenická a afektívna symptomatika vyskytujú v klinickom obraze súčasne. Ako sekvenčný typ pomenoval schizoaftívne poruchy, kde za sebou nasledujú rôzne epizódy – schizofrenické, afektívne, schizoaftívne. Výsledky operačných výskumov nepotvrdili medzi obidvoma typmi rozdiely v rodinnej anamnéze, premorbídnej osobnosti a sociálnej adaptácii, a v priebehových charakteristikách. Dôležité je aj rozdelenie na základe longitudinálnych klinických výskumov. Bipolárne schizoaftívne poruchy sa z hľadiska priebehu a liečby javia ako príbuzné afektívnym poruchám a odlišujú sa od unipolárnych schizoaftívnych porúch. Marneros zdôrazňuje, že existujú nielen zmiešané bipolárne epizódy, ale aj zmiešané schizoaftívne epizódy. Ich výskyt uvádza ako vzájomne štatisticky porovnateľný, zmiešané schizoaftívne epizódy však začínajú skôr, sú závažnejšie, majú dlhšie trvanie a nepriaznivejšiu prognózu.¹³

Vzhľadom k uvedenému sa schizoaftívna porucha javí ako nehomogénna diagnostická kategória.

DIAGNOSTIKA SCHIZOAFTÍVNEJ PORUCHY NA PSYCHIATRICKEJ KLINIKE LF UK A UNB

Metóda

Retrospektívne sa hodnotili údaje z hospitalizácií pacientov liečených na Psychiatrickej klinike LF UK a UNB v roku 2001 s diagnózou schizoaftívnej poruchy (25.y). Zdrojom údajov boli chorobopisy pacientov. Hodnotili sme demografické a klinické charakteristiky pacientov v priebehu intervalu rokov 2001–2011.

Výsledky

Na Psychiatrickej klinike LF UK a UNB sa v roku 2001 realizovalo celkovo 1410 hospitalizácií. U 62 pacientov bola pri prepustení stanovená diagnóza schizoaftívnej poruchy podľa MKCH-10. Z nich sme do súboru zaradili 57 pacientov, u ktorých bola k dispozícii kompletná dokumentácia z hospitalizácií.

Priemerný vek v súbore a rodové rozdiely pacientov so schizoaftívnou poruchou sme porovnali s dátami, ktoré sme získali v inom výskume u pacientov liečených pre schizofréniu na PK LF UK a UNB za 12 mesiacov v intervale rokov 2011–2012. Výsledky poukazujú na vyšší priemerný vek a odlišné rodové rozdelenie s prevahou žien v súbore pacientov so schizoaftívnou poruchou (tab. 2).

V priebehu intervalu rokov 2001–2011 sa u 57 pacientov realizovalo celkovo 182 hospitalizácií (tab. 3). Medián hospitalizácií u jedného pacienta predstavoval v intervale sledovaných rokov dve hospitalizácie. Od stanovenia prvej psychiatrickej diagnózy do roku 2011 bol medián hospitalizácií 4 u jedného pacienta. Medián dĺžky trvania ochorenia predstavoval 8 rokov. Priemerné trvanie jednej hospitalizácie

Tab. 2. **Charakteristiky súborov**

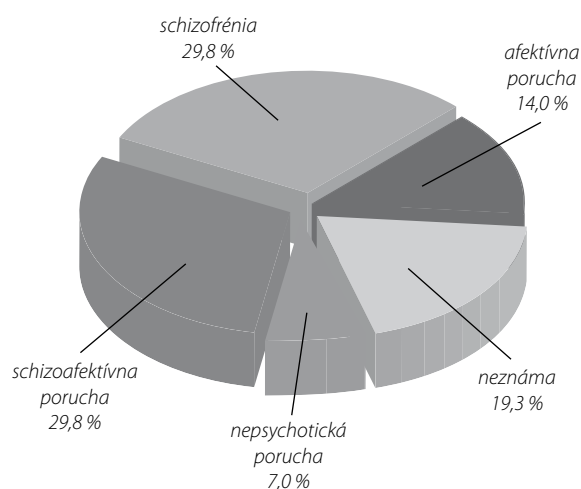
		Schizoafektívna porucha (n = 57)	Schizofrénia (n = 87)
Vek (roky)	priemer ± SD medián (interval)	49,2 ± 11,8 49 (28–73)	42,5 ± 12,6 39 (21–70)
Pohlavie (%)	muži/ženy	21/79	60/40
Dĺžka trvania ochorenia (roky)	medián interval	8 (0–36)	27 (11–61)
Zamestnanie (%)	zamestnaní	33	21
	nezamestnaní	14	19
	invalidní dôchodcovia	48	57
	iné	5	3

cie bolo 47,3 dňa. Medián dní strávených v ústavnej liečbe u pacientov so schizoafektívnou poruchou bol 109 dní.

Pracovná schopnosť bola v čase hodnotenia zachovaná u jednej tretiny pacientov. V porovnaní s pacientmi liečenými pre schizofréniu bolo v súbore pacientov so schizoafektívnou poruchou zaznamenané lepšie pracovné fungovanie (tab. 2). Ďalej sme v podsúbore invalidizovaných pacientov zisťovali aj dĺžku trvania poruchy do nástupu na invalidný dôchodok. U pacientov so schizoafektívnou poruchou (n = 27) sme zistili medián času od stanovenia prvej psychiatrickej diagnózy do invalidizácie 8,0 roka (interval 0–30 rokov), pričom kratšie trvanie ochorenia sme zaznamenali u pacientov so schizofréniou (n = 40, medián = 5,5 roka, interval 0–25 rokov).

Ako už bolo uvedené, moderné diagnostické kritériá pre schizoafektívnu poruchu sa opierajú o prierezové aj longitudinálne priebehové charakteristiky. V našom súbore hospitalizácií (n = 182) sa najčastejšie vyskytoval depresívny typ poruchy (51,1 %). Ďalej sa v zostupnom poradí vyskytli manický (26,9%) a zmiešaný typ (16,5 %). Z dlhodobého hľadiska sme u pacientov so schizoafektívnou poruchou (n = 57) zaznamenali u 19,3% unipolárny a v 33,3% bipolárny priebeh. Až 38,6% pacientov bolo v sledovanom období hospitalizovaných iba jedenkrát, teda nebolo možné longitudinálne hodnotiť priebeh jednotlivých epizód. U malej časti pacientov sme v priebehu rokov 2001–2011 zistili vývoj diagnózy. Zmena diagnózy zo schizoafektívnej poruchy na inú diagnostickú kategóriu prebehla u 7,0% pacientov. Opačný prípad diagnostického posunu z inej diagnózy ku schizoafektívnej poruche nastal len u 1,8% pacientov.

Vývoj diagnózy sme však u pacientov hodnotili nielen v sledovanom období, ale zisťovali sme diagnostický posun už od prvej psychiatrickej diagnózy. Ako prvá bola



Graf 1. **Prvá psychiatrická diagnóza u pacientov so schizoafektívnou poruchou (n = 57)**

skoro u tretiny pacientov stanovená diagnóza schizoafektívnej poruchy a schizofrénie, menej často afektívna, resp. iná nepsychotická porucha (graf 1).

Diskusia

Vyšší priemerný vek a odlišné rodové rozdelenie s prevahou žien v súbore pacientov so schizoafektívnou poruchou v porovnaní s pacientami so schizofréniou sú podľa očakávania výsledky, ktoré sa zhodujú s publikovanými údajmi.^{14,15,16} Aj keď údaje o výskyte schizoafektívnej poruchy sú ovplyvnené jej chápaním a používanými diagnostickými kritériami. V odbornej literatúre sa uvádza, že ročná incidencia schizoafektívnej poruchy tvorí štvrtinu výskytu schizofrénie.^{17,18} Z iného pohľadu, mierou využívania zdravotníckych služieb sa schizoafektívna porucha (24%) viac približuje ku schizofrénii (32%).¹⁹ Kozak uvádza, že pri porovnaní výskytu diagnóz pri prepustení z hospitalizácie je v USA diagnóza schizoafektívnej poruchy dokonca častejšia ako diagnóza schizofrénie.²⁰ U nás vzostup frekvencie výskytu diagnózy schizoafektívnej poruchy u hospitalizovaných pacientov z 3,9% na 18,0% v porovnaní rokov 1963 a 1982 zaznamenali Fleischer et al.²¹

Lepšie pracovné fungovanie a neskorší nástup do invalidného dôchodku, ktoré sme zistili v súbore pacientov

Tab. 3. **Charakteristiky súboru – hospitalizácie**

N = 182			
Počet hospitalizácií u jedného pacienta (n)	začiatok liečby – 2011	medián interval	4 (1–28)
	2001–2011	medián interval	2 (1–13)
Dĺžka hospitalizácie (dni)	jedna hospitalizácia	priemer	47,3
	celkovo hospitalizácie	medián interval	109 (12–673)

so schizoafektívnou poruchou, potvrdzujú aj výsledky štúdie Harrisona et al.²² V medzinárodnej, multicentrickej longitudinálnej štúdií (n = 1633 subjektov) porovnali psychosociálne fungovanie, hodnotené škálou GAF (Škála pre celkové posúdenie psychických, pracovných a sociálnych funkcií; Global Assessment of Functioning Scale), u pacientov so schizoafektívnou poruchou a u pacientov so schizofréniou. Súčasne zistili horšiu prognózu u tých pacientov, u ktorých v priebehu prvých 2 rokov od manifestácie dlhšie trvali psychotické príznaky, mali nižší vek pri manifestácii poruchy, konzumovali psychoaktívne látky a z psychopatologických príznakov sa u nich vyskytli emočná plochosť, redukcia záujmov a sociálnych kontaktov. Robinson et al.²³ hodnotili kvalitu remisie po prvej epizóde psychózy u 118 pacientov, z ktorých 70 % trpelo na schizofréniu a 30 % na schizoafektívnu poruchu. Výsledky dlhodobého sledovania potvrdili menej reziduálnych symptómov, teda kvalitnejšiu remisiu, u pacientov so schizoafektívnou poruchou.

Pomerne často diskutovaným problémom v odbornej literatúre je diagnostická stabilita. Týka sa to nielen schizoafektívnej poruchy, ale aj iných psychotických porúch. V našom súbore bola stabilita diagnózy schizoafektívnej poruchy v priebehu intervalu sledovaných rokov vysoká, len u 8,8 % došlo k zmene diagnózy. Pri hodnotení stability schizoafektívnej poruchy v priebehu celoživotného trvania poruchy sa však zistila nízka, menej ako 30% diagnostická stabilita. Zistený rozdiel je možné čiastočne vysvetliť skutočnosťou, že na diagnostickú stabilitu má vplyv dĺžka trvania ochorenia. Väčšie rozdiely sme zaznamenali pri porovnaní prvej diagnózy s následne stanovenými diagnózami ako pri porovnaní diagnóz v priebehu sledovaného obdobia. Súčasne však mohol byť zaznamenaný rozdiel v diagnostickej stabilite dôsledkom liečby pacientov v priebehu sledovaného obdobia na jednom pracovisku a celoživotne na rôznych pracoviskách.

Whitty et al. zisťovali diagnostickú stabilitu po prvej epizóde psychózy²⁴ v štvorročnom sledovaní u 171 pacientov s rôznymi psychotickými poruchami. Realizovalo sa prospektívne aj retrospektívne hodnotenie. Diagnostická stabilita sa zistila u 75 % pacientov. U štvrtiny pacientov sa zaznamenala zmena diagnózy. Z výsledkov štúdie vyplýva, že prospektívna stabilita schizofrénie bola vysoká. U 96 % pacientov, u ktorých bola stanovená diagnóza schizofrénie, nedošlo k diagnostickej zmene. Pri retrospektívnom hodnotení sa však zistila nižšia stabilita. Len 70 % pacientov s diagnózou schizofrénie malo na začiatku sledovania diagnózu schizofrénie. U afektívnych porúch sa prospektívne aj retrospektívne hodnotenie len málo odlišovalo (80 % vs. 76 %). Najväčšie rozdiely sa zaznamenali v skupine pacientov s inými psychózami. Najmä prospektívna stabilita týchto diagnóz bola nízka, dosiahla len 38 %. Na-

opak retrospektívne hodnotenie malo pomerne vysokú, až 78% stabilitu. Diagnostickú stabilitu po prvej hospitalizácii pre psychózu u 547 pacientov zisťovali Schwartz et al.²⁵ V dvojiročnom sledovaní zistili 92% stabilitu diagnózy u pacientov so schizofréniou a 83% s afektívnymi psychózami. Vývoj smerom ku schizofrénií zaznamenali u pacientov, ktorí horšie premorbídne fungovali v adolescencii, ale mali lepšie fungovanie pred hospitalizáciou. Interval od manifestácie psychózy do hospitalizácie bol dlhší ako tri mesiace. Zistila sa u nich dlhšia hospitalizácia. V priebehu prvých šiestich mesiacov po hospitalizácii dosiahli vyššie skóre GAF a nižšie skóre BPRS, ale mali viac negatívnych symptómov. Medzi 6. a 24. mesiacom po hospitalizácii mala porucha nepriaznivý priebeh.

Stabilita diagnózy v čase sa často stáva súčasťou hodnotenia kvality diagnostického procesu. André²⁶ upozorňuje, že v diagnostickom procese je potrebné rozlišovať dva postupy: diagnostické revízie a tzv. „dozrievanie diagnózy“. Kým diagnostické revízie sú slabým miestom diagnostiky, dozrievanie diagnózy má svoju logickú následnosť a reflektuje prirodzený vývoj ochorenia v priebehu dlhšieho časového obdobia. Postupná manifestácia základnej psychopatologickej štruktúry je klinickou realitou, u incipientných psychických porúch je nevyhnutné kvalitné a precízne hodnotenie psychopatológie.

ZÁVER

Schizoafektívna porucha je existujúcou diagnostickou kategóriou. Napriek dlhej histórii vývoja nie sú jednoznačne definované jej diagnostické kritériá. Ide podobne ako u iných psychiatrických diagnostických kategórií o heterogénnu skupinu stavov. Ich rovnaký patologický základ však doteraz nebol jednoznačne evidence-based výskumami preukázaný, aj keď ho mnohé výsledky výskumov naznačujú. V diferenciálne diagnostickom procese je potrebné zvažovať nielen aktuálny klinický obraz, ale aj priebeh ochorenia. Koexistencia psychotickej a afektívnej symptomatiky je totiž v klinickej praxi častejšia ako výskyt samotnej schizoafektívnej poruchy.

V našom súbore pri hodnotení afektívneho komponentu dominovali depresívne epizódy. Z longitudinálneho hľadiska bol častejší bipolárny priebeh. Stabilita diagnózy v priebehu sledovaného obdobia rokov 2001–2011 bola vysoká. Nepotvrdila sa však retrospektívna celoživotná stabilita diagnózy, ako prvá diagnóza v priebehu schizoafektívnej poruchy sa schizoafektívna porucha vyskytla u menej ako 30 % pacientov.

Záverom teda možno konštatovať, že napriek dlhotrvajúcemu záujmu, na úrovni dnešných poznatkov, schizoafektívna porucha zostáva kontroverznou diagnózou.

LITERATÚRA

1. Marneros A. The shizo-affective phenomenon: the state of the art. *Acta Psychiatrica Scand* 2003; 108 (Suppl. 418): 29–33.
2. Mořovský B. Schizoafektívna porucha – stabilná diagnóza? *Psychiatr prax* 2011, 12 (1): 6–8.
3. Kahlbaum K. Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Einteilung der Seelenstörungen. *Danzig: Kafemann*; 1863: 204.
4. Kraepelin E. Die Erscheinungsformen des Irreseins. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 1920; 62: 1–29.

5. Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie. 6th ed. Berlin: Springer; 1937.
6. Angst J. The Etiology and Nosology of Endogenous Depressive Psychoses: A Genetic, Sociological, and Clinical Study. International Arts and Sciences Press; 1973: 108.
7. Schneider K. Klinische Psychopatologie. IX. Aufl. Stuttgart: Thieme; 1971: 174.
8. Kasanin J. The acute schizoaffective psychoses. Am J Psychiatry 1933; 13: 97–126.
9. WHO: Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Praha: Psychiatrické centrum; 1992: 282.
10. Vaillant GE. Manic-depressive heredity and remission in schizophrenia. British Journal of Psychiatry 1963; 109: 746–749.
11. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV. 4th ed. Washington, DC; 1994: 886.
12. DSM-V development, 2012. dostupné online: <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/>
13. Marneros A, Goodwin F. Bipolar disorders: mixed states, rapid cycling and atypical forms. Cambridge; 2005: 325.
14. Kolibáš E, Kořínková V. Schizofrénia a poruchy z jej okruhu. Bratislava: Asklepios; 1998: 91.
15. Dóci I, Kovářová M, Kovaničová M. Liečba schizoafektívnej poruchy na Psychiatrickej klinike v Košiciach v roku 2002. Psychiatrie 2003; supp. 2: 25–26.
16. Cascade E, Kalali AH, Buckley P. Treatment of schizoaffective Disorder. Psychiatry (Edgemont); 2009, 6 (3): 15–17.
17. Linström E, Widerlöv B, Von Knorring L. The ICD-10 and DSM-IV diagnostic criteria and the prevalence of schizophrenia. Eur psychiatr 1997; 12 (5): 217–223.
18. Azorin JM, Kaladjian A, Fakra E. Current issues on schizoaffective disorder. Encephale 2005; 31 (3): 359–365.
19. Kent S, Fogarty M, Yellowlees P. Heavy utilization of inpatient and outpatient services in a public mental health service. Psychiatric Services 1995; 46: 1254–1257.
20. Kozak LJ, DeFrances CJ, Hall MJ. National hospital discharge survey; 2004 annual summary with detailed diagnosis and procedure data. Vital Health Statistics 2006; 12: 1–209.
21. Fleischer J, Molčan J, Koníková M et al. K diagnostike zmiešanej psychózy. ČS Psychiat 1988; 84 (4): 223–230.
22. Harrison G, Hopper K, Craig T et al. Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. British Journal of Psychiatry 2001; 178: 506–517.
23. Robinson DG, Woerner MG, McMeniman M et al. Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. Am J Psychiatry 2004; 161: 473–479.
24. Whitty P, Clarke M, McTigue O et al. Diagnostic stability four years after a first episode of psychosis. Psychiatric Services 2005; 56 (9): 1084–1088.
25. Schwartz JE, Fennig S, Tanenberg-Karant M et al. Congruence of diagnoses 2 years after a first-admission diagnosis of psychosis. Arch Gen Psychiatry 2000; 57: 593–600.
26. André I. Diagnostický proces a súčasná psychiatrická prax. Psychiatr prax 2002; 4: 59–60.

Ladislav Nykl

CARL RANSOM ROGERS A JEHO TEORIE

Přístup zaměřený na člověka



Publikace předkládá souhrnný obraz teorií nejvlivnějšího amerického psychologa humanistického směru ve 20. století Carla Ransoma Rogerse. Jednotlivé statě jsou doplněny o vlastní autorovy teoretické a praktické poznatky s mnoha příklady, a to jak na poli individuální terapie, tak i skupinové práce v te-

rapii, ve výuce a v encounterových skupinách. Kniha se zaměřuje též na rozvoj přístupu zaměřeného na člověka v rodinném, školním a dalším prostředí, přibližuje jej všem zainteresovaným čtenářům a poskytuje užitečné impulsy k vylepšení našich každodenních mezilidských vztahů.

279 Kč, Grada Publishing, první vydání, 183 s., černobíle, 165 × 240 mm, brožované