

VÝZNAM POJMU CYKLOIDNÉ PSYCHÓZY V SÚČASNOSTI

MUDr. Ľubomíra Izáková, doc. MUDr. Juraj Fleischer, CSc.

Psychiatrická klinika LFUK a FN, Bratislava

Autori v úvode práce informujú o histórii názorov na psychotické formy blízke, ale odlišné od afektívnej poruchy a schizofrénie. Poukazujú na to, ako sa tá istá klinická empiria interpretovala rôznym spôsobom. Zložitý vývoj sa prerušil vznikom ateoretických klasifikácií psychických porúch. Ako etapa vo vývoji poznania psychických porúch sú bezpochyby prínosné. Skvalitňujú evidenciu psychických porúch a najmä niektoré diagnostické kategórie obmedzujú výskyt neskorších diagnostických revízií. Autori zastávajú názor, že nové klasifikácie nemajú byť dôvodom k negovaniu cenných a podnetných poznatkov z minulosti. Navrhujú používať podvojnú diagnostickú evidenciu (diagnóza podľa platnej revízie Medzinárodnej klasifikácie chorôb a diagnostické úvahy podľa starších koncepcií). Tento postup môže obohatiť úvahy o prognóze, ale aj ovplyvniť terapeutický postup. Poukazuje sa zvlášť na význam cykloidných psychóz, ktoré sa nedali potvrdiť ako nozologické jednotky, ale sú klinickou realitou.

Kľúčové slová: klasifikácia endogénnych psychických porúch, koncepcia jednotnej psychózy, koncepcie nozologické, koncepcie syndromologické, Medzinárodná klasifikácia chorôb, psychózy cykloidné, význam podvojnnej evidencie diagnóz.

IMPORTANCE OF CONCEPT OF CYCLOID PSYCHOSES TODAY

The authors in introduction of article inform about history of opinions about psychotic disorders, which are closed, but different, to affective disorder and schizophrenia. They underline fact, that clinical empiria was interpreted by different ways. Difficult development was interrupted by atheoretical classification of mental disorders. However such as phase in development of knowledge about mental disorders are undoubtedly beneficial. They improved evidence of mental disorders, and mainly some of diagnostic categories had limited appearance of later diagnostic revisions. The authors postulate, that new classifications are not cause for negation of knowledge from the past. They propose use of double diagnostic evidence (diagnostic thinking according to ICD and older conceptions). This course can enrich prognostic thinking and influence therapeutic algorithm. They suggest on account of cycloid psychoses, which cannot be conformed as nozologic units, but they are clinical reality.

Key words: classification of endogenous mental disorders, model of unitary psychosis, nozologic conception, syndromologic conception, ICD, cycloid psychoses, double diagnostic evidence.

História

Psychiatrické učebnice a iné práce, ktoré mali historický úvod, sa po celé desaťročia začínali odvolaním sa na Kraepelinovu viacväzkovú učebnicu, ktorá bola opakovane vydaná koncom XIX. a na začiatku XX. storočia. Kraepelinova systematika sa v Európe rozšírila, predovšetkým v krajinách s nemeckým jazykom. Ovplyvnila aj psychiatriu v Rusku a neskôr aj americkú psychiatriu a oveľa neskôr aj pojmy americkej psychiatrickej klasifikácie – DSM. Ani v Nemecku však nebola Kraepelinova škola jedinou a odlišovala sa hlavne psychiatria v Anglicku a v severských krajinách a francúzska psychiatria. Iste zohrali úlohu aj jazykové bariéry a iné faktory. Napríklad práce z bohatej francúzskej psychiatrickej literatúry sa pomerne málo citovali v nemeckej psychiatrickej literatúre.

Veľmi rýchlo sa objavili kritické poznámky k niektorým Kraepelinovým definíciám psychických porúch. Svedčí to o tom, že učebnica sa stala známou, definície zaujali a mali taký význam, že stálo za to o nich polemizovať.

Často sa zdá, akoby celý vývoj psychiatrie začal od Kraepelina. Bezpochyby Kraepelinovou systematikou začala nová etapa histórie

psychiatrie. Početné významné psychiatrické práce zasluhujúce si pozornosť do súčasnosti však boli napísané už predtým, najmä v druhej polovici XIX. storočia. Mnohé termíny klinickej psychiatrie z obdobia pred Kraepelinom sú dnes neznáme.

Podľa 8. vydania učebnice z r. 1923 (zrejme už v predchádzajúcich vydaniach) Emil Kraepelin definoval predčasnú demenciu a manicko-depresívne šialenstvo (Irresein) (4). Obidve choroby zahrňujú viaceré, predtým samostatne popísané formy. Majú svoje klinické obrazy, ale rozlíšenie sa podľa Kraepelina zakladá na prognóze (predčasná demencia je prognosticky nepriaznivá, manicko-depresívne šialenstvo je vzhľadom na fázičný priebeh priaznivejšie).

V literatúre, ktorá sa v historickom úvode odvoláva na Kraepelinovu systematiku, sa často zabúda na to, že už Kraepelin (4) si uvedomoval existenciu prípadov, u ktorých ostáva neisté, či je správne zatriediť ich ku predčasnej demencii alebo ku manicko-depresívnemu šialenstvu. Kraepelin počítal s tým, že podrobným štúdiom materiálu sa podarí zistiť znaky, podľa ktorých bude možné spoľahlivo predvídať ďalší vývoj, t.j. prognózu, už na začiatku prejavu choroby. Potrebné je

pripomenúť, že doteraz sa nepodarilo zostaviť zoznam markerov, ktoré by absolútne spoľahlivo umožnili stanoviť prognózu. Stále ostáva možnosť prekvapenia (z afektívnej poruchy sa môže vyvinúť schizofrénia).

Problematika stavov patriacich akoby do oblasti medzi obidve nozologické jednotky stále s väčšou intenzitou vzbudzovala pozornosť. Kurt Schneider (14) písal (zrejme už v predchádzajúcich vydaniach svojej knihy) o „medziprípadoch“ (Zwischenfälle), ktoré sa diagnostikovali pôvodne ojedinele. K. Schneider dôsledne zastával medicínsky pojem choroby, ktorý predpokladá pri nozologickej jednotke určitý rámec symptomatológie, priebehu, samozrejme aj reakcie na liečbu a spoločný patologický základ. Keďže patológia nebola známa, hoci sa biologický podklad predpokladal, považoval schizofréniu, cyklotýmiu (v jeho terminológii) i medziprípady za typy psychózy a v tom zmysle hovoril len o diferenciálnej typológii, nie o diferenciálnej diagnóze.

Patológia na biologickej úrovni sa len predpokladala. Na psychopatologickej úrovni na chorobný podklad poukazuje zmena „životnej línie“ a preto je schizofrénia procesom a nie vývojom. Zhodne s Jaspersom K.

Schneider rozlišoval proces a vývoj, ktorý je psychologicky „rozumiteľný“ a „vysvetliteľný“ (Jaspersove pojmy definované už v predchádzajúcich vydaniach jeho knihy) (3).

E. Bleuler v r. 1911 predčasnú demenciu premenoval na schizofréniu. Išlo o nový pojem choroby. Hlavným kritériom diagnózy choroby sa stala namiesto priebehu psychopatologická charakteristika. Rozšíril sa pojem choroby, pretože ako schizofrénia sa diagnostikovali aj benígnejšie prebiehajúce formy.

V početných vydaniach učebnice E. Bleulera a neskôr vo vydaniach prepracovaných M. Bleulerom sa prezentoval názor, že schizofrénia sa môže prechodne prejavovať symptómami, ktoré patria k obrazu manicko-depresívnej psychózy, ale manicko-depresívna psychóza sa nemôže prejavovať symptómami schizofrenie (2). Ide o švajčiarskych psychiatrov, Eugena (otec) a Manfréda (syn).

Menil sa psychopatologický výklad choroby. Najskôr sa vymenovali akcesórne symptómy a primárne symptómy. Neskôr sa definovali primárne psychopatologické prejavy blízke primárnym chorobným procesom. Ide o základné psychopatologické charakteristiky, a to autizmus a dezintegrácia (ich spoločný menovateľ nebol definovaný). Akcesórne symptómy, nešpecifické, dostávajú pečať primárnych psychopatologických javov. Teda nielen vybrané poruchy myslenia, emotivity, konania a osobnosti, ale akékoľvek akcesórne príznaky získavajú charakter autistický alebo sú poznačené dezintegráciou (aj halucinácie, ktoré sú poruchou vnímania, a i.).

Psychopatologické prejavy blízke primárnym procesom: na psychopatologickej úrovni nie sú primárne príznaky. Primárne príznaky súvisia s chorobnými biologickými mechanizmami v mozgu, ktoré stále nie sú dostatočne prístupné. Určité psychopatologické prejavy sú „blízke“ primárnym procesom, v tom zmysle, že bezprostrednejšie súvisia s primárnymi procesmi. Ide o tie, ktoré nesúvisia alebo len málo súvisia s psychickými vplyvmi alebo inými dispozíciami. Vyskytujú sa pri všetkých formách schizofrenie. Akcesórne symptómy, ktoré súvisia aj s psychickými podnetmi a inými dispozíciami, určujú formu.

Najmä od 50. rokov minulého storočia sa hromadili práce o psychózach atypických, zmiešaných, kombinovaných, cykloidných, o schizoafektívnej psychóze, bludných vzplanutiach a i. Podrobný rozbor rôznych prístupov k riešeniu problematiky je k dispozícii napríklad v monografii Papadopoulosa (9). Vyzdvihol skutočnosť, že vznikali koncepcie, ktoré sa grupovali do konkurujúcich si smerov. Predstava o získaní dvoch dispozícií sa príliš neujala. Rozširoval sa smer nozologický a antinozologický.

Nozologické koncepcie: schizofrénia a manicko-depresívna psychóza sú nozologickými jednotkami. Zmiešaná psychóza alebo viac foriem atypickej psychózy, ktoré majú symptómy z oboch okruhov alebo majú symptómy mánie alebo depresie a ďalšie symptómy, ktoré nepatria ku schizofrenickej psychopatologickej štruktúre, a nepatria ani k máni alebo depresii, sú tak isto nozologickou jednotkou, resp. nozologickými jednotkami (napríklad Leonhard, ktorého triedenie endogénnych psychóz je obsahom ďalšej kapitoly, (5)).

Antinozologické koncepcie: ide o koncepciu jednotnej genézy psychóz (napr. Weitbrecht, 1963, (17)) alebo koncepciu univerzálnej genézy psychóz (12). Schizofrénia a manicko-depresívna psychóza sú krajné póly na škále, kde možno „umiestniť“ prípady patriace bližšie k jednému alebo druhému pólu. V tejto súvislosti sa použil aj termín jadrová schizofrénia. Umiestnenie závisí od konštelácie rôznych faktorov (genetických, psychologických, sociálnych a iných). Vo vývoji choroby sa miesto na škále môže meniť, najčastejšie smerom ku schizofrenii, ale vzácnejšie sa pozoruje aj opačný vývoj (10).

K antinozologickému smeru patria aj koncepcie syndromologické: syndróm je etiologicky nešpecifický. Vyvolaný je buď somatickou chorobou, inokedy aspoň sčasti psychogénne alebo sa fázicky opakuje. Niekedy sa zistí prechod do chronicity, a to tak, že sa prejavujú symptómy organické alebo schizofrenické. Syndróm akoby bol navrhovaný (sekundárny) na primárnej poruche prejavujúcej sa organickými alebo schizofrenickými psychopatologickými symptómami. Viaceré školy uvádza vo svojej knihe Papadopoulos (9).

Papadopoulos podrobne popísal aj veľmi zaujímavú syndromologickú koncepciu H. Eya. Podľa autora koncepcie akútnej psychózy sú poruchami vedomia (širší pojem vedomia, napríklad akútne afektívne syndrómy sú poruchami vedomia). Ide o syndrómy, ktoré možno hierarchicky usporiadať. Ich obraz odpovedá hĺbke poruchy (ako hĺboko porucha zasahuje do psychiky). Syndróm zodpovedajúci hlbšej poruche obsahuje aj symptómy z predchádzajúcich úrovní. Najľahšími sú stavy, ktoré môžu byť psychoreaktívne.

Najťažším je syndróm zmätenosti. Medzi nimi sú stavy manické a i. Druhou sledovanou líniou je vzťah syndrómu ku chronickým psychickým poruchám. Syndrómy môžu byť psychogénne, somatogénne, fázické, ale môžu sa vyvíjať na báze organickej alebo schizofrenickej. Pri schizofrenii dochádza vo vývoji choroby k disociácii primárnych a sekundárnych symptómov. Zvýrazňovaním primárnych (schizofrenických) symptómov vo vývoji choroby strácajú symptómy sekundárne na kompletnosti a intenzite, napríklad ustupuje syndróm paranoidný a v konečnom štádiu schizofrenie pôvodný symptomatologický polymorfizmus prechádza do štádia symptomatologického izomorfizmu (16). Všetky formy, ktoré mali na začiatku v popredí sekundárne symptómy, majú nakoniec obraz zhodný, obraz defektu, kedy prevládajú primárne symptómy. H. Ey bol považovaný za evolucionistu, ktorý nasledoval Jacksona. Jackson vysvetlil disociáciu poruchou funkcie a organického substrátu. Do popredia sa dostávajú symptómy, ktoré zodpovedajú fylogeneticky a ontogeneticky starým mechanizmom (príznaky ako sací, úchopový reflex a i.). Iste filozofický základ zaujímavej koncepcie (evolucionizmus) bol brzdou jej rozšírenia, ale pravdepodobne zohrali úlohu aj komplikovanosť teórie a hlavne chýbanie vysvetlenia, aký je substrát vrstvenia psychiky.

Autorom staršieho zo syndromologických smerov bol W. Griesinger (1817–1869, písal o jednotnej psychóze). Pomenoval formy psychických chorôb (termíny sú dnes neznáme), ktoré môžu prejsť do sekundárnych „stavov slabosti“. Termíny primárny a sekundárny mali opačný význam ako v neskorších syndromologických koncepciách (1, 9).

Stručný historický úvod svedčí o tom, že tá istá klinická empiria sa stala podkladom pre rôzne teoretické spracovania.

Cykloidné psychózy

Karl Leonhard (5) (nem. škola Wernicke – Kleist – Leonhard) okrem manicko-depresívnej choroby a systematickej schizofrenie definoval 3 cykloidné psychózy a 3 nesystematické schizofrenie. Ich význam možno ľahšie vysvetliť na tabuľke (tabuľka 1). Cykloidné

Tabuľka 1. Leonhardova klasifikácia psychóz

Máno-depresivita	Cykloidné psychózy		Nesystematické schizofrénie		Systematická schizofrénia
	Anxiózne-extatická psychóza	Nálada	Afektívna parafrénia		
	Psychóza zmätenosti	Myslenie	Schizofázia		
	Psychóza motility	Psychomotorika	Periodická katatónia		
→ Stráca sa fázickosť a bipolarita					

psychózy sú bližšie k manicko-depresívnej psychóze a nesystematické schizofrénie k systematickej schizofrénii. Vzniká dojem, že ide o postupnosť, škálu s prechodmi. Podľa Leonharda však všetky formy sú samostatnými nozologickými jednotkami a nie sú prechody z jednej formy do inej. Zmenu diagnózy v priebehu vývoja choroby treba chápať tak, že v prvom prípade nebola stanovená správna diagnóza pretože pre diagnózu rozhodujúce symptómy boli neprístupné. Každá z diagnostických jednotiek má vlastnú genetickú anamnézu a vlastnú charakteristickú premorbidnú osobnosť. Neskôr Leonhard (6) vyzdvihol aj rozdiely sociologické (poradie súrodencov).

Smerom od manicko-depresívnej psychózy ku schizofrénii sa mení priebeh a stráca sa zreteľná bipolarita. Cykloidné psychózy sú fázické, nesystematické schizofrénie sú na začiatku vývoja choroby akútne, ale postupne sa priebeh mení, po atakoch ostávajú rezídua ako pri systematickej schizofrénii. Systematická schizofrénia nie je akútna a po atakoch (šúboch) ostávajú rezídua (priebeh nie je intermitentný, ale je od začiatku remitujúci).

3 cykloidné psychózy a 3 nesystematické schizofrénie tvoria 3 dvojice, a to podľa analogickej dominujúcej symptomatológie.

1. Anxiózne-extatická psychóza

Najčastejšou fázou je anxiózne-paranoidná psychóza. Ide o depresiu s výraznou anxiózou a paranoiditou. Chorý intenzívne prežíva hrôzu z prenasledovania. Pri obzretí sa „zazrie“ prenasledovateľov (extrakampinná halucinácia). Extatický pól sa najčastejšie prejaví len krátko v priebehu depresívnej fázy alebo pri jej odoznívaní ako krátke skĺznutie. Nesystematickou schizofréniou je afektívna parafrénia.

Pozorovateľné je depresívne alebo expanzívne ladenie (nemusí byť v popredí obrazu) a sú prítomné bludy paranoidné a poruchy vnímania. Pri tejto forme možno identifikovať znaky schizofrenickej psychopatologickej štruktúry.

2. Psychóza zmätenosti a schizofázia (katafázia)

Pri psychóze zmätenosti sú ovládavé paranoidné témy a inkoherencia má zvláštny charakter. Je to inkoherencia obsahov. Bohatosť obsahov má konfabulačný charakter, je akoby studnica bez dna. Chorý produkuje k ovládavej téme ďalšie informácie o udalostiach bez konca. Ide o konfabulácie, pretože produkcie vznikajú ad hoc. Pri schizofázii je pravá schizofrenická inkoherencia (paraasociácie).

3. Psychóza motility a periodická katatónia

Pri psychóze motility ide o hyperkinézu alebo hypokinézu (až stupor, nekatatonický).

Pri periodickej katatónii je forma hyper- alebo hypokinetickej, ale vždy spojená s parakinézou. Stupor je katatonický, charakteristický protidržaním a protiodporom.

Symptómy cykloidných psychóz sa miešajú a diagnóza formy závisí od dominujúcich symptómov (analogicky pri nesystematických schizofréniiach). Diagnóza sa môže neskôr revidovať. Pri cykloidných psychózach však nie sú znaky schizofrenickej psychopatologickej štruktúry.

Leonhardova klasifikácia endogénnych psychóz je inšpiráciou aj v iných smeroch. Rozlíšila monopolárnu afektívnu poruchu od bipolárnej roky predtým, než sa všeobecnejšie prijal názor, že ide o dve odlišné nozologické jednotky. Leonhard definoval formy afektívnej poruchy ľahšie a ťažšie, psychotické. Podrobne popísal rôzne prejavové formy. Zaradil k nim napríklad expanzívnu konfabuláciu, málo známu formu afektívnej poruchy, ktorej prejavy disponujú pri povrchnom hodnotení k stanoveniu diagnózy schizoafektívnej poruchy. Prejavuje sa expanzívnym ladením na úrovni eufórie alebo hypománie. Nie sú prítomné tachypsychizmus a agitovanosť (hyperkinéza a hyperaktivita). Megalomanické témy sú dopĺňované bohatou konfabulačnou produkciou, ktorá je v popredí klinického obrazu. Prebieha fázicky.

Súčasnosc a diskusia k téme

Konflikt medzi nozologickými a antinozologickými tendenciami v psychiatrii zodpovedá zákonitostiam vývoja poznania. Vzniknú dve protichodné tendencie vo výklade určitého javu a konflikt sa vyrieši kompromisom. Nový stav bude mať obdobne protipól a konflikt sa bude riešiť. Vyplýva to z učenia Hegela o dialektike. Konflikt medzi nozológiou a antinozológiou v psychiatrii sa vyriešil vznikom ateoretickej (prakticistickej) klasifikácie psychických porúch, ktorá obsahuje diagnostické a nie nozologické jednotky. Ide o verzie klasifikácie Americkej psychiatrickej spoločnosti – DSM a posledná revízia Medzinárodnej klasifikácie chorôb (8).

Decenálne revízie Medzinárodnej klasifikácie chorôb mali hlavne administratívny charakter. Lekári vedeli, že od každého desiateho roku sa poruchy kódujú novým číslom. Použitie klasifikácie nebolo presné, ale formálne. V predchádzajúcich klasifikáciach sa objavila napríklad položka „bludné vzplanutia“. Číslom sa kodovali rôzne paranoidné stavy pri neznalosti, čo sú bludné vzplanutia. Až posledná revízia (desiata, ale už nie decenálna, pretože sa porušila pravidelnosť) má veľkú autoritu a klasifikácii sa venujú konferencie a publikácie. Teraz definované položky sú vďaka záujmu o klasifikáciu známe, ale ani tak nie je

možné celkom vylúčiť vplyv regionálnych i individuálnych postojev. Klasifikácie porovnával Smolík (13).

Cykloidné psychózy Leonhard popísal psychopatologicky. Popísal ich priebeh, zohľadnil genetiku a premorbidnú osobnosť. Vyvolali záujem, ale neboli všeobecne akceptované ako nozologické jednotky, zrejme preto, že len vzácne sa choroba prejavuje identickými fázami. Častý je prechod do obrazu schizofrenickej psychózy alebo afektívnej poruchy. Napríklad nekatatonický stupor pri psychóze motility sa zmení na stupor katatonický alebo v priebehu schizofrenickej psychózy sa stupor katatonický na prechodnú dobu zmení na stupor nekatatonický (chabý). Niekedy sa obraz cykloidnej psychózy prejaví prechodne v krátkom úseku fázy. U niektorých pacientov sa v priebehu depresie alebo mánie na niekoľko hodín manifestujú buď útlm alebo tachypsychizmus s logoreou a pseudoinkoherenciou a globálna hyperkinéza, čo zodpovedá obrazu cykloidnej psychózy.

Bezpochyby sú Leonhardove kategórie klinickou realitou. V súčasnej ére ateoretizmu, kedy sa nehovorí o nozologických jednotkách, nie sú prekážky, aby mali svoje miesto v popise klinických obrazov a v diagnostike. Ich nález môže mať význam pre prognózu i terapeutické konzekvencie. Pri ich náleze je možné počítať s väčším rizikom transformácie smerom ku schizofrénii a v niektorých prípadoch sa môže indikovať pridanie neuroleptika k antidepresívnej liečbe ako pri bipolárnej afektívnej poruche.

Cykloidné psychózy nemajú svoje miesto v medzinárodnej klasifikácii. Iste je správne, keď sa pri prvom ataku diagnostikuje akútna a prechodná psychotická porucha. Existuje však riziko, že sa predčasne diagnostikuje napríklad schizoafektívna porucha. Podľa komentára k medzinárodnej klasifikácii (8) sa cykloidné psychózy kódujú pri konkrétnych položkách v kapitole Akútne a prechodné psychotické poruchy. Pri príslušných položkách sa uvádza, že zahŕňujú cykloidnú psychózu bez a cykloidnú psychózu s príznakmi schizofrénie. Druhá forma je v rozpore s Leonhardovou definíciou cykloidných psychóz.

Najmä v posledných rokoch sa objavovali práce, ktoré poukazovali na význam pojmu cykloidné psychózy (11, 15). Okrem toho vyšla Leonhardova klasifikácia endogénnych psychóz v anglickom jazyku (7).

Nové generácie psychiatrov pristupujú ku znalostiam v odbore tak, že akceptujú aktuálne poznatky a postupne všetky nové. To, čo sa zistilo alebo popísalo predtým, akoby bolo bezcenné. Dá sa tomu porozumieť. Éra ateoretizmu k takému prístupu disponuje viac než predtým menšie úpravy klasifikácií. Nejde

o klasifikáciu nozologických jednotiek, ani o koncepciu jednotnej psychózy a ani o syndromologický prístup.

V historickej časti sa len veľmi stručne pripomenulo, že po celé minulé storočie a ešte pred ním sa hromadili zaujímavé a cenné klinickopsychopatologické poznatky a definície syndrómov a chorobných jednotiek. Neboli jednotné, hoci klinická empiria je stále tá istá. Najmä niektoré oblasti klinickej psychiatrie nútia viac sa zamyšľať nad históriou. Psychické poruchy patriace akoby do oblasti medzi afektívne poruchy a schizofréniu sú typickým príkladom.

Nezáujem o históriu je znásobovaný tým, že sa očakáva éra, v ktorej klinickú diagnostiku bude dopĺňať a dokonca nahrádzať diagnostika laboratórna, tak ako v iných odboroch. Namiesto je však obava, či očakávanie nie je predčasné. V každom prípade ešte dlho budú potrebné pre správnu diagnózu obidve roviny, psychopatologická a laboratórna (biologická).

Záver

Napriek tomu, že posledná verzia klasifikácie rozšírila okruh schizofrénie o schizotypovú poruchu a pojem afektívnej poruchy aj o znaky dezintegrácie, najmä ostatné formy medzioblasti vyžadujú väčší záujem o staršie poznatky aj z hľadiska terapeutických konzekvencií a z hľadiska úvah o prognóze.

Zastáva sa názor, že pre kvalitné spracovanie nálezov môže byť prínosné podvojné

spracovanie záverov. Popri precíznom diagnostickom závere podľa platnej klasifikácie, ktorý sa zakladá na registrácii znakov, je vhodné v paralelnej línii stanoviť aj diagnózu podľa niektorého zo starších prístupov (diagnózu niektorej cykloidnej psychózy, i keď sa obraz manifestoval len prechodne, poukázať na zmeny vo vývoji choroby, ktorú podporujú koncepciu jednotnej psychózy a pod.).

Príspevok v žiadnom prípade nie je kritikou súčasne platnej klasifikácie, ktorá

má prednosti, napríklad obmedzuje riziko neskorších diagnostických revízií a niektoré kategórie nútia chorého dispenzarizovať, aby sa sledoval ďalší vývoj choroby. Ateoretická klasifikácia vznikla ako nutná etapa vývoja, keď daný stav vo vývoji klinickej psychopatológie nenaznačoval ďalší pokrok. Žiadny z komentárov klasifikácií však nevyklučuje použitie bohatých starších klinickopsychopatologických poznatkov.

Literatúra

1. Bergener M. Klassische Texte – neu gelesen. In: Griesinger W. Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Vorkämpfer für eine humane Psychiatrie. Psychiatr. Prax 1987; 14: 105–108.
2. Bleuler M. Klinik der schizophrenen Geistesstörungen. In: Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis. Klin. Psychiatrie. I. Bd. II./1. 2. Aufl. (Hsbg. Kisker KP, Meyer LE, Müller M, Strömberg E). Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1972; 7–82.
3. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. 8. Aufl. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1965; 748 s.
4. Kraepelin E. Psychiatrie. 8. Aufl. III. Bd. Klin. Psychiatrie. II. T. Leipzig: Barth 1923; 667–1396.
5. Leonhard K. Aufteilung der endogenen Psychosen. Berlin: Akademie 1957; 526 s.
6. Leonhard K. Aufteilung der endogenen Psychosen und ihre differenzierte Ätiologie. 6. bearb. Aufl. Berlin: Akademie 1986; 366 s.
7. Leonhard K. Classification of Endogenous Psychoses and their Differentiated Etiology. 2nd edn. Wien: Springer 1999; 402 s.
8. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Praha: Psychiatrické centrum 1992; 282 s.
9. Papadopoulos TF. Ostryje endogenne psychozy. Moskva: Medicina 1975; 190 s.
10. Petrilowitsch N. Die Schizophrenien in strukturspsychiatrischer Sicht. I. Mitteilung. Psychiatr. Clin. 1969; 2: 289–306.
11. Pfuhlmann B, Franzek E, Stober G, Strik WK, Beckmann H. Zyklische Psychosen und die empirisch-statistische Forschung. Nervenarzt 1999; 70: 288–289.
12. Rennert H. Neurologie und Psychiatrie sowie Grundzüge der Kinderneurologie. Psychiatrie. 6. Aufl. (begründet von R. Lemke). Leipzig: Barth 1974; 523 s.
13. Smolík P. Duševní a behaviorální poruchy. Maxdorf Jessenius 1996; 502 s.
14. Schneider K. Klinische Psychopathologie. 9. Aufl. Stuttgart: Thieme 1971; 174 s.
15. Sigmund D. Phänomenologie zyklischer Achsensyndrome und ihre Abgrenzung gegen eine schizophrene Kerngruppe. Nervenarzt 1998; 69: 228–237.
16. Snežnevskij AV. Kliničeskaja psychopatologija. In: Snežnevskij AV. Rukovodstvo po psichiatriji. I. Moskva: Medicina 1983; 16–97.
17. Weitbrecht HJ. Psychiatrie im Grundriss. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1963; 486 s.