

Na aktuálnu tému

Nové klasifikácie DSM-5 a MKCH -11: pre a proti

Peter Korcsog

Súhrn

DSM-5, dokument, ktorý ovplyvní klinickú prax a výskum na dlhé roky, je na svete a ďalšia významná klasifikácia MKCH-11 je v závere príprav pred uvedením do praxe. V súvislosti s obidvoma klasifikáciami je viac kritiky a hlasov „proti“, preto je dôležité zdôrazniť aj pozitívne zmeny, ktoré nastali v DSM-5 alebo sú pripravované v MKCH-11.

DSM-5 je zároveň diagnostická príručka aj učebnica, zdroj aktuálnych diagnostických, diferenciálne diagnostických a epidemiologických informácií, ale aj informácií o priebehu, prognóze, komorbiditách a kultúrou podmienených aspektoch psychických porúch. DSM-5 je odpoveďou na problémy a prekážky, ktoré kategoriálny prístup (nozologický, hľadanie prototypov, hoci aj pomocou objektívnych laboratórných markerov) nedokázal preklenúť a zároveň aj výzvou, ktorá ukazuje cestu zdôrazňujúcu dimenzionálny prístup (viac reflektujúci a hodnotiaci klinickú realitu, ako hodnotenie kategoriálne). Aj preto ožili staré, už zabudnuté spory 70. rokov o hraniciach normy a patológie a o definícii psychických porúch. Nebolo by to na škodu, keby tieto spory neoživili aj škodlivé antipsychiatrické nálady podporené aj petíciami (Spence, 2012, Timimi, 2012). DSM-5 nepriniesla očakávanú zmenu paradigmy, ale staronovým prístupom, ktorý zachováva kontinuitu, presadila významné zmeny, ako nové zoskupovanie porúch detského aj dospelého veku, nové rozdelenie porúch akceptujúce výsledky výskumu a viazanosť na neuronálne okruhy, dimenzionálny prístup namiesto kategoriálneho, jednoduchšiu a prehľadnejšiu štruktúru (aj vďaka rušeniu multiaxiálneho systému). Obidve nové klasifikácie - DSM-5 aj pripravovaná MKCH-11 - chcú udržať kontinuitu a zároveň odzrkadliť aj nové poznatky, proklamujú otvorenosť pre pravidelné korekcie a vzájomnú harmonizáciu (proces konvergenencie DSM a MKCH).

Kľúčové slová: klasifikácia v psychiatrii, multiaxiálny systém, diagnostický a štatistický manuál duševných porúch, DSM-5, kategórie a dimenzie, kategoriálny a dimenzionálny prístup, harmonizácia klasifikácií.

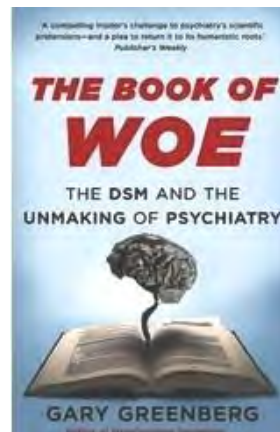
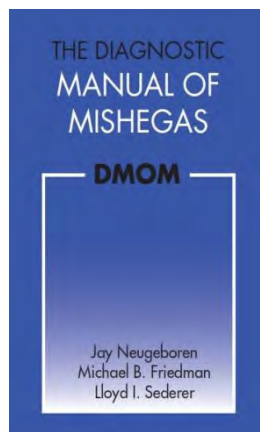
Úvod

Dlho očakávaná a mnoho diskutovaná nová verzia americkej príručky klasifikácie psychických porúch DSM-5 debutovala v máji 2013 na výročnej konferencii Americkej psychiatrickej spoločnosti (APA). Uvedenie sprevádzali obavy, ale aj vzrušenie. Nová klasifikácia už vznikala v ére internetu a pripravované zmeny boli dostupnejšie ako v minulosti. Vlna kritiky, množstvo petícií odborných a záujmových organizácií, negatívne reakcie aj od renomovaných odborníkov zapríčinili, že posledné úpravy už boli realizované v utajovanom režime, čo bolo tiež predmetom kritiky. Negatívne vyjadrenia Thomasa Insela, riaditeľa Národného inštitútu duševného zdravia (National Institute of Mental Health NIMH)), alebo ďalších popredných tvorcov predchádzajúcej verzie DSM, napríklad Allena Francesa

(Frances, 2013), významne prispeli do tejto atmosféry nedôvery. Boli publikované aj vecné, kritické odborné články, ale aj antipsychiatricky ladené (Greenberg, 2013) a parodizujúce publikácie (Neugeboren et al., 2013) a početné karikatúry ohlasujúce problémy až katastrofu a jej rýchly koniec (obr. 1a,b,c).

Psychiatrické oddelenie, Všeobecná nemocnica Rimavská Sobota, Svet zdravia a.s.

Adresa pre korešpondenciu: Prim. MUDr. Peter Korcsog,
Psychiatrické oddelenie, Všeobecná nemocnica Rimavská Sobota,
Svet zdravia a.s. Kraskova ul. 2636, 979 12 Rimavská Sobota





Obrázok 1. Vznik a prezentáciu DSM 5 sprevádzala vlna kritiky, množstvo petícií odborných a záujmových organizácií, negatívne reakcie aj od renomovaných odborníkov.

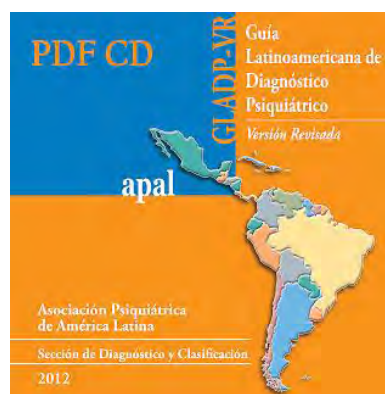
Už to malo charakter kampane, v ktorej nebolo jasné, kto ju podporuje, kto bojuje a proti čomu, ale bolo evidentné, že v psychiatrickej klasifikácii sa stretávajú rôzne, aj protichodné záujmy. Vyjadrenia Thomasa Insela boli výrazne útočné (Insel, 2013), dalo sa tušiť, že tu ide o viac, a v hre je iný záujem, než len vecná kritika, zrejme aj obavy zo straty dôvery a vplyvu NIMH a tým aj ohrozenie financovania ďalšieho výskumu.

Okrem záujmov klinickej praxe a výskumu, je pri tvorbe novej klasifikácie evidentný aj záujem platcov zdravotnej starostlivosti (ekonomický: zisky za obmedzenie výkonov a preskripcie), farmaceutického priemyslu (ekonomický: zisky z preskripcie), lobistických skupín (ideologický: „LGBTQ“ či „homoloby“), štátnej moci a justície (represívny: normotvorba a kontrola nežiaduceho správania, „liečba“ ako represia tam, kde nástroje justície sú obmedzené) a v neposlednom rade samotných pacientov (pri získaní výhod, napríklad renty, odškodnenia alebo výhody pred zákonom). Prítom klasifikácia by mala predovšetkým pomáhať v komunikácii (medzi klinickými, medzi teóriou a praxou), v klinickej praxi (jednotná liečba a prevencia), vo výskume (porovnateľné výsledky výskumu etiológie a efektivity liečby), vo vzdelávaní (jednotné vzdelávanie v psychopatológii a v diagnostike), v riadení a hodnotení starostlivosti (presnejšie ohodnotenie podľa diagnóz a adresnejšia úhrada starostlivosti). Nie je jednoduché zladit' ani len záujmy výskumu a praxe a pritom zachovať kontinuitu (tradície). Možno v tom vidieť aj podstatu konfliktu medzi tvorcami DSM-5 a projektom RDoC (Research Domain Criteria). Nedostatočná akceptácia výsledkov neurobiologického výskumu v DSM-5 je určitým znamením pre sponzorov, že jeho výsledky napriek masívnemu financovaniu nie sú natoľko významné, aby nahradili v diagnostike psychopatológiu, výskum ktorej sa zďaleka neteší takej podpore. Súčasným klasifikáciám sa vyčíta, že nevytvárajú jasné hranice normy a patológie, že kritériá sa často používajú mechanicky, s falošným pocitom diagnostickej istoty, že kladú nedostatočný dôraz na hierarchiu symptómov, že sú zneužívané v justícii, deformované kvôli platcom starostlivosti a zo strany farmaceutického priemyslu. Práve klasifikácia DSM je často kritizovaná pre psychiatrizáciu spoločnosti (presun zodpovednosti za riešenie sociálnej patológie a možné zneužitie na represiu v detencii či ochrannej liečbe) a za medikalizáciu (zaradením a liečbou

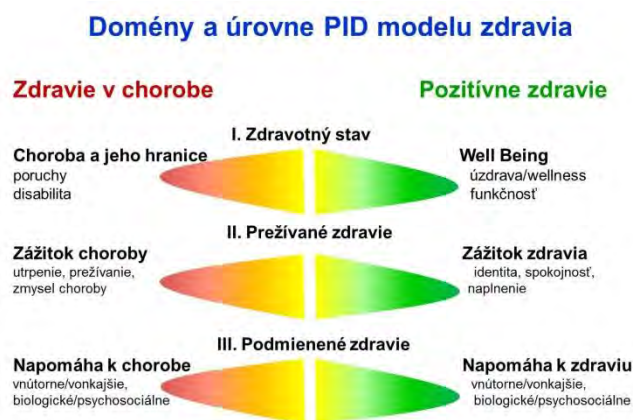
javov, ktoré si vyžadujú komplexné riešenia a nie farmakoterapiu). Klasifikácia nenahrádza odborné vzdelanie a klinické skúsenosti, nie je to „kuchárka“ (recept na diagnózu, ako zoznam prísad pre rôzne jedlá), nie je určená laikom, nie je to zoznam na „značkovanie“ ľudí a nemá slúžiť ani pre potreby polície či justície. Prečo ju meniť, keď každá zmena vyvoláva takéto búrlivé reakcie? Preto, lebo nie je to desatoro (naopak by mala pružne odzrkadliť medicínsky pokrok a výsledky výskumu), ani „biblia“ psychiatrov (ako je často označovaná), ale ani „babylon“ psychiatrov („Bible or Babel“) ako znejú parafrázy (Demazeux a Singy, 2015).

Prečo rôzne klasifikácie a prečo synchronizácia DSM a MKCH a ďalších klasifikácií?

Existenciu viac klasifikačných systémov udržiavajú pri živote tradície, istá rigidita a ideológia a nie vedecké argumenty. Nikto neverí, že DSM-5 či MKCH-11 predstavujú ten jediný správny smer, alebo konečnú pravdu a nemohli by sa inšpirovať ďalšími klasifikáciami. Klasifikácie a diagnostické manuály používané v Latinskej Amerike (Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico - GLADP-VR 2012, obr. 2), na Kube či v Číne by sa tiež mali zohľadniť pri synchronizácii (Lee, 2001, Berganza et al., 2002, Otero-Ojeda, 2002, Saavedra et al., 2012). Aj v USA existuje okrem RDoC aj ďalšia alternatíva, a to v klasifikácii 4 domén psychických chorôb („Four Domains of Mental Illness – FDMI), ktorá vychádza z psychobiologického konceptu Adolfa Meyera (Muller, 2015). Predstava, že psychiatrický diagnostický manuál Latinskej Ameriky alebo aj ďalšie boli v DSM-5 prekonané, je mylná. Naopak, obsahuje niektoré progresívne prvky, ktoré by mohli obohatiť tak DSM-5, ako aj MKCH-11. Napríklad „model na osobu zameranej integratívnej diagnostiky“ (PID: Person centered Integrative Diagnostic model), ktorý sa tvorí s podporou WPA už viac rokov a kladie dôraz aj na hodnotenie pozitívnych aspektov zdravia alebo zmien po liečbe (obr. 3). Kritici DSM-5 uvádzajú, že po zrušení GAF škály sociálne aspekty zdravia sú zisťované pomocou škály WHODAS 2.0 (WHO 2010, WHO Disability Assessment Schedule) a klasifikované podľa ICF (MKF, 2010), ktorá ale nie je vhodným nástrojom hodnotenia individuálneho sociálneho, psychického a telesného zdravia (Bech, 2015) a odporúčajú zapracovať do DSM-5 inú škálu, napríklad SF-36 - Short Form Health Survey (Ware a spol., 1994).



Obrázok 2. Manuál používaný v Latinskej Amerike (Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico - GLADP-VR 2012).



Obrázok 3. Domény a úrovně PID modelu zdravia.

Rozdiely a potrebu konvergence DSM a MKCH vysvetľujú odlišné tradície a vývoj európskej a americkej psychiatrie, napriek spoločným koreňom. Vplyv psychoanalýzy bol v USA markantnejší a dlhobojší, ako v mieste svojej genézy a s biologickou psychiatriou to bolo zase naopak. MKCH sa obnovuje obvykle raz za 10 rokov, aby odzrkadlila medicínsky pokrok a optimalizovala jeho prenesenie do praxe. Prvé významné verzie oboch, DSM-II a MKCH-8 boli zavedené prakticky súčasne v r. 1968, ale ich hlavným problémom bola nespoľahlivosť psychiatrických diagnóz. Preto bol prelomový rok 1972, keď Feighner a spol. navrhli diagnostiku pomocou diagnostických kritérií práve kvôli zvýšeniu spoľahlivosti diagnostiky (Feighner a spol. 1972). Tieto neskôr boli rozšírené aj vo výskumných diagnostických kritériách (RDC) a v r. 1980 aj v DSM-III.

Zavedením štandardizovanej nozológie nastala zmena paradigmy v psychiatrickej klasifikácii. Dôraz v diagnostike bol presunutý na psychopatológiu a špecifické diagnostické kritéria. Nové štandardy významne zlepšili hodnovernosť a spoľahlivosť psychiatrickej diagnostiky a zlepšili komunikáciu medzi odborníkmi aj ostatnými partnermi a pomohli v rozšírení psychiatrického výskumu. Už pri pokusoch o synchronizáciu MKCH-10 a DSM-IV boli prijaté princípy ďalšieho zblížovania. MKCH-10 tak má klinickú verziu, verziu pre výskum a multiaxiálnu verziu pre deti aj dospelých. Tvorba novej, 11. verzie MKCH prebieha aj v súčasnosti, ale výrazne mešká oproti pôvodnému plánu (4 roky) a predpokladá sa jej uvedenie do praxe až v r. 2018. Očakáva sa výrazná synchronizácia s DSM-5 (Bucci P., 2014). Harmonizácia týchto dvoch nosných klasifikačných systémov určite prispieje k lepšej odbornej komunikácii, porovnateľnosti a aplikácii výsledkov výskumu. Aj medzinárodná zmluva o záväznom používaní kódovacieho systému MKCH aj v USA je významným prvkom tejto harmonizácie. Proces konvergence bol začatý už zavedením DSM-III a MKCH-10 a zhoda medzi nimi dosahuje až 90% (Spitzer et al., 1980). V pripravovanej MKCH-11 bude ešte výraznejšia, a nielen terminologická, ale aj koncepčná (Bucci P., 2014) (pozri obr. 4).



Obrázok 4. Schématický prehľad od ICD 6 po ICD 11 a DSM I až po DSM 5.

DSM-5 zavádza celý rad nových označení pre niektoré poruchy, napríklad označenie genitopelvickej bolesti/porucha penetrácie namiesto dyspareunie, alebo úzkostná porucha z choroby namiesto hypochondriázy. Úrad, ktorý každoročne odsúhlasuje navrhované zmeny (National Center for Health Statistics - NCHS), po krátkom moratóriu odsúhlasila aj zmenu kódovania podľa MKCH-10 a v tomto roku boli zavedené aj v USA. DSM-5 pokračuje v štýle DSM-III a používa všeobecne používané anglické výrazy, aby boli bez prekážok akceptovateľné zo strany pacientov a verejnosti. Napríklad znovu bol navrhnutý termín „alkoholizmus“ namiesto „porucha užívania alkoholu“, ale pracovná skupina toto označenie odmietla s odôvodnením, že tento termín môže byť prekážkou pre pacienta pri priznaní a uvedení si problémov s alkoholom. Termín „chronický“ je často nahradený termínom „perzistujúci“. Naďalej je dôraz na označenie „porucha“, čo je charakteristické len pre psychiatrickú klasifikáciu, preto je znovu potrebná jej jasná definícia ako „klinicky významného utrpenia alebo poškodenia“. Treba tiež zdôrazniť, že zmeny v kritériách oproti DSM-IV- R sú minimálne a terminologické zmeny sú koncepčné (zmeny koncepcie, výrazy zdôrazňujúce rozdiel od normy) alebo aj vynútené pod tlakom kritiky (premenovanie pejoratívnych označení) (tab. 1).

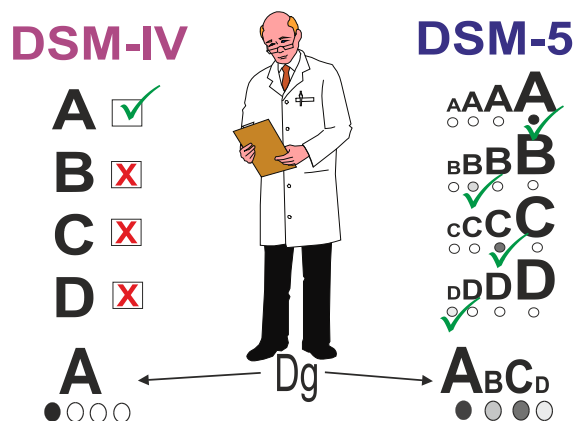
Tabuľka 1. Niektoré nomenklatúrne zmeny v DSM 5.

| DSM – IV | DSM-5 |
|---|---|
| Demencia | Neurokognitívna porucha |
| Alkoholom zapríčinená perzistujúca amnestická porucha | Alkoholom zapríčinená veľká kognitívna porucha - konfabulatórny typ |
| Všeobecný zdravotný stav | Iný zdravotný stav |
| Autistická porucha | Porucha autistického spektra |
| Mentálna retardácia | Vývinová porucha intelektu |
| Disociatívna fuga | Disociatívna amnézia s disociatívnou fugou |
| Sociálna fóbia | Sociálna úzkostná porucha |
| Dystýmia | Perzistujúca depresívna porucha |
| Hypochondriáza | Nozofobická úzkostná porucha |
| Pedofília | Pedofilická porucha |
| Exhibicionizmus | Exhibicionistická porucha |
| Mužská porucha orgazmu | Oneskorená ejakulácia |
| Dyspareunia | Genitopelvickej bolesti/porucha penetrácie |
| Frotteurizmus | Frotteuristická porucha |
| Koktavosť | Porucha plynulosti reči |

Nová koncepcia bez novej paradigmy

Rozhodnutie o DSM-5 bolo na svete už r. 1999, ale jej systematická realizácia bola zahájená až r. 2006. Pôvodné plány predpokladali, že sa podarí integrovať do diagnostiky najnovšie poznatky genetiky, molekulárnej psychiatrie, neurovied, neurofyziologických a zobrazovacích metód. Očakávala sa zmena paradigmy, nový koncept multiaxiálneho systému a zásadné zmeny na jednotlivých osiach. Na prvej osi by bol genotyp (identifikácia génov v genotype, ktoré zapríčinili, modifikujú alebo protektívne pôsobia pri danej poruche), na druhej osi biologický fenotyp (zmapovanie súvisiacich kognitívnych, emotívnych a neuronálnych štruktúr zobrazovacími metódami), na tretej osi behaviorálny fenotyp (neuropsychologické testovanie individuálnych behaviorálnych „modulov“), na štvartej osi pôsobenie vonkajších faktorov (kedy a ako ovplyvnili vonkajšie faktory vývin a fungovanie neuronálnych štruktúr a správania) a na piatej osi terapeutické ciele (ktoré poruchy a funkcie ako a do akej miery chceme ovplyvniť). Tieto plány a nádeje sa ale rýchlo rozplynuli a už pri príprave DSM-5 sa ukázalo, že boli predčasné (Charney DS et al., 2002, Hyman, 2007). V hľadani domén súvisiacich s neuronálnymi okruhmi a štruktúrou mozgu pokračoval ďalej Národný inštitút duševného zdravia (NIMH) v projekte RDoC (Research Domain Criteria) (Insel, 2013: ...new ways of classifying psychopathology based on dimensions of observable behavior and neurobiological measures). Práce na tvorbe novej klasifikácie DSM prebiehali v znamení vytriezovania z hľadania a zavádzania objektívnych, laboratórnych parametrov do diagnostiky, ktoré by mohli doplniť a spresniť kategoriálny prístup (Kola, Bell, 2011). Práce pokračovali v 20 pracovných skupinách za účasti tisícky odborníkov. Finálna verzia DSM-5 bola publikovaná v máji 2013 tesne pred výročnou schôdzkou americkej psychiatrickej asociácie (APA, 2013). Nová DSM-5 obsahuje 22 kapitol namiesto pôvodných 17 v DSM-IV, pričom sa nejedná o rozširovanie objemu, ale o celkom novú koncepciu s novým zoskupovaním porúch. Bola prerušená tradícia „botanického kľúča“ predošlých verzií a nahradená verziou, ktorá vychádza z výskumných evidencií aj z klinickej praxe a zohľadňuje nielen prítomnosť príznakov, ale aj hodnotenie ich závažnosti, priebehu a vývojových, rodových a kultúrnych aspektov. Zavádza aj otvorenosť pre zmeny a možnosť pravidelného a pružného obnovovania. DSM-5 znovu definuje aj pojem psychickej poruchy. Podľa novej definície psychická porucha je syndróm, pre ktorý je charakteristická signifikantná porucha kognitívnych funkcií, emočnej regulácie a správania a odzrkadľuje dysfunkciu psychologických, biologických a vývojových procesov v pozadí. Ani správanie vnímané v danej kultúre ako deviantné (v politickej, religióznej, alebo v sexuálnej súvislosti), ani konflikty jedinca a spoločnosti sa nemôžu považovať za poruchy, alebo len v prípade, ak deviacia alebo konflikty sú jednoznačne dôsledkom dysfunkcie samotnej osoby. Táto definícia má zabrániť zneužitiu psychiatrie na politické účely a nedovolí, aby správanie odlišné od konvencií danej spoločnosti získalo psychiatrickú stigmú. Tiež zdôrazňuje, že diagnóza psychickej poruchy neznamená automaticky nutnosť liečby (APA, 2013). DSM-5 predstavuje zachovanie tradície, a aj určitý návrat k syndromológii s väčším dôrazom na dimenzionálny ako na kategorizujúci prístup, nielen na základe psychopatológie, ale čiastočne aj na základe predpokladanej viazanosti na neuronálne okruhy.

Bol zahájený proces zmeny „čiernobieleho“ hodnotenia prítomnosti symptómov na dimenzionálne hodnotenie celej škály závažnosti jednotlivých symptómov (aj odtiene šedej) (obr. 5).



Obrázok 5. Proces zmeny „čiernobieleho“ hodnotenia prítomnosti symptómov na dimenzionálne hodnotenie celej škály závažnosti jednotlivých symptómov, možnosti DSM 5.

Najvýznamnejšie zmeny v DSM-5 v porovnaní s DSM IV

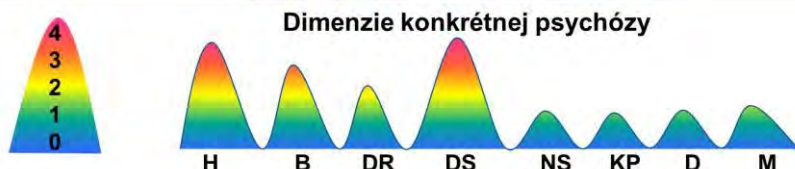
(Regier et al. 2013):

- **Zrušenie multiaxiálneho systému** (medzi hlavnými diagnostickými kategóriami boli zaradené aj mentálne retardácie a poruchy osobnosti).
- **Zohľadnenie výsledkov výskumu pri zachovaní tradície.** DSM-5 chce byť mostom medzi súčasnými diagnostickými systémami založenými na kategorizácii symptómov a budúcimi, ktoré budú založené na diagnostike porúch špecifických neuronálnych okruhov (Kupfer a Regier, 2011). Čiastočne je to zohľadnené už pri zoskupovaní porúch do spektier (spektrum schizofrénie, autistické spektrum, obsedantne-kompulzívne a blízke poruchy, poruchy spojené s užívaním látok a poruchy so závislosťou).
- DSM-5 zavádza výrazný **vývinový a chronologický aspekt. Poruchy začínajúce v detstve a v dospievaní už netvoria samostatnú skupinu** a sú uvádzané spolu so súvisiacimi alebo pokračujúcimi poruchami v dospelosti. Aj pri zoraďovaní porúch je evidentná snaha zachovať vekovú chronológiu od neurovývinových porúch po neurokognitívne poruchy.
- Popri kategoriálnom sa zdôrazňuje aj **dimenzionálny prístup.** Jeho pomocou je možné príznaky kvantifikovať, vidieť objektívnejšie dimenzie syndrómu, lepšie rozlíšiť subtypy, a tak posunúť hranice pri odlišení ešte normálneho od patologického stavu. DSM-5 ponúka niekoľko hodnotiacich škál závažnosti, čo umožňuje psychiatrovi hodnotiť nielen závažnosť vcelku, ale dimenzionálne a vidieť, ktoré príznaky robia najväčšie problémy samotnému pacientovi (Nussbaum, 2013). Dobrým príkladom je škála dimenzionálneho hodnotenia psychózy, ktorá pomôže vidieť dimenzie psychózy u konkrétneho pacienta (tab. 2).

Tabuľka 2. Škála dimenzionálneho hodnotenia psychózy.

Závažnosť je hodnotená na 8 položkovej 4 stupňovej škále: dimenzia psychózy

| Položka | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|------------------------|---|---|----|-----|---|
| Halucinácie | 0 | + | ++ | +++ | Intenzívne, motivujúce konanie/vyrušujúce |
| Bludy | | | | | Intenzívne, motivujúce konanie/vyrušujúce |
| Dezorganizovaná reč | | | | | Nesúvislá reč, nesledovateľná |
| Dezorg. správanie | | | | | Závažné: bizarné motorické/katatonické |
| Negatívna symptomatika | | | | | Závažné v psychomotorike aj v konaní |
| Kognitívna porucha | | | | | Závažná, výrazne nižšia úroveň ako primerná |
| Depresia | | | | | Depresia ťažkého stupňa |
| Mánia | | | | | Závažná mánia |



Zmeny v jednotlivých diagnostických kapitolách

(Regier et al., 2013):

- Mentálne retardácie boli začlenené medzi neurovývinové poruchy, a namiesto IQ sa kladie väčší dôraz na hodnotenie funkčnosti a adaptačných schopností a zmenilo sa aj označenie na vývinové poruchy intelektu. Medzi neurovývinové poruchy bolo začlenené aj autistické spektrum, kde sú spolu autizmus, Aspergerov syndróm, Rettov syndróm aj ADHD.
- V rámci spektra schizofrénie a iných psychotických porúch boli zrušené podtypy schizofrénie, nakoľko ich opodstatnenosť nebola dostatočne podložená. Katatónia bola ešte začlenená do tejto skupiny, ale samostatne, nakoľko sa môže vyskytovať ako syndróm aj v rámci iných porúch a jej liečba si vyžaduje špecifický prístup. Aj schizotypová porucha bola premiestnená do tejto skupiny hlavne z terapeutických dôvodov (aby boli odstránené administratívne prekážky farmakoterapie).
- Bipolárna afektívna porucha tvorí samostatnú skupinu a liečbou indukovaná hypománia už nie je vylučujúcim kritériom.
- U depresívnych porúch smútková reakcia už nie je vylučujúce kritérium, čo bolo predmetom kritiky, ale túto zmenu tiež treba vnímať prakticky (v záujme pacientov, aby to nebolo prekážkou liečby). Medzi depresívne poruchy bola začlenená aj premenštruačná dysfória aj dystýmia (ako perzistujúca depresívna porucha).
- Medzi úzkostnými poruchami už nenájdeme posttraumatickú stresovú poruchu ani obsedantno-kompulzívnu poruchu. Agorafóbia je už ako samostatná jednotka, sú tu zaradené aj úzkostné poruchy v detskom veku, separačná úzkostná porucha a selektívny mutizmus.
- Pre poruchy súvisiace s traumou a stresom a pre OCD a príbuzné poruchy boli vytvorené nové diagnostické skupiny. Výskum aj terapeutické skúsenosti posledných rokov jednoznačne preukázali, že OCD tvorí samostatnú entitu. Jadrovým príznakom OCD nie je len anxiozita, ale aj prenikavá porucha myslenia a perseveratívne správanie. Potvrdzujú to aj odlišnosti v terapii a viaza-

nosť na kortiko-striato-thalamo-kortikálne neuronálne okruhy. Medzi OCD a príbuzné poruchy boli zaradené aj nové jednotky, ako telesná dysmorfofóbia, zhromažďovacia porucha („hoarding disorder“) a exkoriačná porucha (nutkavé excesívne obštipkavanie kože: „skin-picking disorder“).

- Úpravy so snahou zjednodušiť a redukovat' počet porúch a pseudokategórií boli realizované aj v skupine somatoformných porúch. Namiesto dôrazu na vylúčenie somatického ochorenia a na somaticky nevysvetliteľné príznaky je evidentný presun dôrazu na utrpenie, funkčné obmedzenie, na úzkosti, myšlienky a správanie, ktoré spôsobuje. Bolo nahradené aj pejoratívne označenie „hypochoondriáza“ novým, ťažko prekladateľným termínom „Illness Anxiety Disorder“ (snáď ako úzkostná porucha z choroby alebo nozofobická úzkostná porucha).
- Poruchu pohlavnej identity nahradila rodová dysfória („gender dysphoria“) s dôrazom na inkongruenciu medzi biologickým pohlavím a identifikáciou s rodovou rolou (dysfória a nepohoda pre identifikáciu s inou rodovou rolou ako zodpovedá biologickému pohlaviu), a to aj u detí.
- Medzi poruchami príjmu potravy sa objavila aj nová jednotka, záchvatová forma bulimie („binge eating disorder“) a medzi kritériami anorexie už nefiguruje amenorea.
- Medzi adiktívnymi poruchami sú zaradené nielen poruchy vyvolané užívaním látok, ale aj nelátkové poruchy so závislosťou ako gambling, čo dokazuje, že pri novom zoskupovaní porúch bola zohľadnená aj spoločná viazanosť na neuronálne okruhy mozgovej odmeny. Škoda, že v tejto kategórii sa nepodarilo uplatniť dimenzionálny prístup. Došlo k zlúčeniu abúzu a závislosti, ale posudzovanie závažnosti podľa prítomnosti počtu príznakov nič nevypovedá o dynamike a progresii poruchy. Snáď jedine pozitívne je, že všetky drogy sa kódujú samostatne, čo môže mať dimenzionálny rozmer. Chýba to aj v MKCH-10, preto pri užívaní viacerých drog sa pomerne často používa zjednodušujúca diagnóza F19.xx, ktorá nič nehovorí a hierarchii jednotlivých drog v danej závislosti.

- Medzi neurokognitívne poruchy boli zaradené demencie, mnestické poruchy aj delíria rôznej etiológie. Aj v tejto skupine je presadzovaný dimenzionálny prístup umožňujúci diferenciaciu ľahkých a závažných foriem.
- Poruchy osobnosti sú riešené v DSM-5 zaujímavo „ambivalentne“. Napriek tomu, že bol koncepčne pripravený dimenzionálny systém klasifikácie a boli známe aj jeho výhody, v sekcii II. je uvedený naďalej pôvodný kategoriálny prístup (10 porúch osobnosti v 3 klastroch: ABC), prakticky rovnako ako v DSM-IV. Nový, alternatívny model pre poruchy osobnosti je uvedený v sekcii III. medzi novými prístupmi, modelmi a posudzovacími metódami. Bolo takto rozhodnuté v záujme zachovania kontinuity. V alternatívnom modeli sú hodnotené poruchy osobnosti na základe osobnostných črt v pozadí narušených funkčných schopností. Diagnóza poruchy osobnosti si vyžaduje splnenie dvoch kritérií: 1) narušenie funkčných schopností osobnosti vo vzťahu k sebe (Self) a vo vzťahu k druhým a 2) identifikáciu patologických črt osobnosti. Osobnostné črty sú hodnotené na základe 5 rozsiahlych oblastí a 25 špecifických aspektov. V tomto modeli namiesto 10 porúch je uvedených len 6 (antisociálna, vyhýbavá, borderline, narcistická, anankastická a schizotypová) (Oldham a spol., 2014).
- Pôvodne bolo navrhnuté zaradenie hypersexuality medzi sexuálne dysfunkcie alebo medzi adiktívne poruchy ako závislosť od sexu. Ďalší nešťastný návrh bol na zaradenie hebefílie medzi parafílie, najprv ako „pedohebefília“, neskôr samostatne ako „hebefília“. Našťastie tieto návrhy boli odmietnuté (jedine sexuálne agresívni predátori: „sexually violent predator“ – SVP by privítali takúto diagnózu ako výhodu v súdnych procesoch). Výsledkom búrlivej diskusie o hraniciach normy a patológie bolo, že parafílie dostali príponu, aby odlišenie poruchy od normy bolo jednoznačne vyjadrené už v názve poruchy (ako parafilické poruchy, pedofilická porucha, exhibicionistická porucha atď.).

Škoda, že niektoré hraničné poruchy, napríklad zmiernená (latentná, subklinická) psychotická porucha („attenuated psychosis syndrome“), alebo depresívna epizóda s krátkou hypomániou či proťahovaná smútková porucha pre odpor a kritiku neboli zaradené v sekcii II. (Tsuang, 2013), pritom iné, napríklad rodová dysfória („gender dysphoria“) alebo zhromažďovacia porucha („hoarding disorder“) atď., áno. Je potrebné kriticky poznamenať, že nezaradenie „hraničných“, ale klinicky významných porúch vytvára priestor pre stigmatizáciu poruchami, ktorých kritériá nie sú naplnené, a sú stanovené z jediného dôvodu: pre hradenie liečby (aj psychoterapie) je vyžadovaná diagnóza, ktorú obsahuje platná klasifikácia.

Zrušený multiaxiálny systém

Najvýraznejšia zmena v DSM-5 je zrušenie multiaxiálneho systému. Táto často diskutovaná a sporná zmena zrovnala psychiatriu s inými medicínskymi odbormi, ktoré tiež uprednostňujú klinicky relevantné kritéria bez multiaxiálneho systému. Multiaxiálny systém v USA má aj svoju nešťastnú históriu, lebo sa využíval ako nástroj na odopretie hradenia liečby. Hlavne V. os bola problematická, ktorá dimenzovala chorého (nie poruchu) z hľadiska fungovania a nebezpečnosti voči sebe alebo okoliu. Systém očakával od

lekára, aby vybral najnižšie ohodnotenie, preto pacient s Alzheimerovou demenciou s vážnym narušením funkčnosti dostal rovnaké ohodnotenie, ako pacient dobre fungujúci, ale nebezpečný voči druhým (napr. Tony Soprano). Potrvá ešte dlho, kým poisťovne prestanú vyžadovať multiaxiálne hodnotenie, ale určite nájdu iný spôsob na administratívne zaťaženie psychiatrov, lebo rušenie multiaxiálneho systému prijali s veľkou nevôľou. Zdá sa, že poisťovne porušujú aj pravidlo rovnosti, keď nevyžadujú hodnotenie funkčnosti ako podmienku hradenia liečby od iných odborov. Posudzovacie škály vždy boli súčasťou celej medicíny, ale to neznamená, že by mali byť súčasťou diagnostického systému, ako to bolo v psychiatrii. Rušením IV. osi, ktorá mala hodnotiť psychosociálne a environmentálne problémy, dostali väčší význam „Z“ kódy MKCH-10 („faktory ovplyvňujúce zdravie“). DSM-5 prebrala 4-krát viac „Z“ kódov z MKCH ako DSM-IV. Ale kritika poznamenáva, že nestačí hodnotenie sociálnych aspektov zdravia pomocou WHODAS, a hodnotenie pozitívnych zmien po liečbe a pozitívnych aspektov duševného zdravia v DSM-5 chýba (Bech, 2015, Cloninger, 2009). DSM-5 obsahuje aj výborný prehľad kultúrou podmienených faktorov a nástroj (Cultural Formulation Interview) umožňujúci jednoznačné hodnotenie ich významu. Vďaka zrušeniu multiaxiálneho systému, preskupovaniu porúch do dimenzionálne viac opodstatnených skupín, dimenzionálnemu prístupu, ktorý nahrádza kategoriálnu, „čiernobielu“ identifikáciu symptómov, DSM-5 je prehľadnejšia, možno bude aj viac používaná v praxi a presnejšia v diagnostike.

Vývojový aspekt: spájanie a zjednocovanie

Veľké úsilie bolo vyvinuté na také spájanie porúch detského a dospelého veku do skupín, ktoré by bolo pozitívne pre klinickú prax, aby to bolo pre klinika jednoduchšie a prehľadnejšie a pacientovi ľahšie vysvetliteľné. Kritici vnímajú ako stigmatizujúce zaradenie ADHD a Aspergerovho syndrómu medzi neurovývinové poruchy spolu s mentálnymi retardáciami. Preto všade tam, kde by to znamenal problém, je doporučené používať ďalej terminológiu a kódovanie DSM-IV-R. Napríklad, ak pacient preferuje označenie Aspergerov syndróm, tak je možné používať ďalej pôvodné označenie aj kódovanie (299.8 alebo F84.5).

Nie „desatoro“, ale živý flexibilný dokument

Klasifikácia nemôže byť ako desatoro vyryté do kameňa (možno by to tak chceli niektoré inštitúcie, a iné zas naopak). Skoro 2 desaťročia uplynuli medzi DSM-IV a DSM-5, čo je do budúcnosti nepredstaviteľné, preto aj tento problém rieši celkom nový prístup. DSM-5 chce byť živým dokumentom, čo znamená, že potrebné zmeny sa majú realizovať plynule a pružne. Preto bolo navrhnuté aj nové označenie arabským číslovaním, čo umožňuje, aby revidované verzie mohli byť označené ako DSM-5.1, DSM-5.2 a nová verzia ako DSM-6. Podľa pôvodného, veľmi ambiciózneho návrhu, by každý rok mala vzniknúť nová revízia, ale zrejme je dôležitejšie, aby potrebné zmeny boli realizované pravidelne a synchronne s výsledkami výskumu a zmenami v ostatných odboroch medicíny, a to môže zabezpečiť len „živý“ dokument.

Zásadná otázka: ako by sa mala používať a ako sa reálne používa DSM-5 v praxi

M. First a kolegovia z „Psychopathology Committee of the Group for the Advancement of Psychiatry“ uvádzajú, že veľmi málo vieme o tom, ako a či vôbec používajú klinici DSM v každodennej diagnostike, keď áno, tak prečo a ako postupujú. Je to dôležité preto, lebo nesporná prednosť manuálu je v tom, že pri poctivom a presnom používaní každým by sme mohli zúžitkovať všetky benefity vyplývajúce z jednotnej terminológie. V prípade, že ho klinici používajú podľa svojej chuti, je veľká pravdepodobnosť vzniku nepresností a nedorozumení. Informácie o používaní DSM sú k dispozícii len na základe dotazníkových prieskumov. Podľa nich klinici DSM-5 nepoužívajú presne a systematicky, často diagnostikujú na základe vlastných šablón, manifestácie u pacienta porovnávajú s akýmsi vlastným vnútorným prototypom, ktorý získavajú skúsenosťami. Predstava, že klinici používajú DSM-5 ako „desatoro“, že doslovne používajú kritéria, je teda nereálna (preto sú aj obavy z niektorých zmien v DSM-5 prehnané). Škoda, že sú k dispozícii informácie o postojoch a používaní DSM len z dotazníkov a nerealizovali sa žiadne „in vivo“ štúdie, ktoré by objektívne hodnotili jej používanie v praxi (First a spol. 2014). Je veľa návodov a pomocných publikácií, ako používať DSM-5 v praxi. Sú medzi nimi aj rozsiahle, ktoré ale sprostredkujú iný, praktický návod, napríklad 2 najznámejšie (Morrison J., 2014 a Dziegeliewski S.F., 2014). Je celý rad príručiek, ktoré dopĺňajú DSM-5 v diferenciálnej diagnostike (First, 2014), kazuisticky (Barnhil a spol. 2015) a autodidaktickými testami (Muskin 2015). Sú k dispozícii aj menej rozsiahle príručky, ktoré zjednodušia prácu s DSM-5 (Buser S., 2014). Výnimočná je „vrecková príručka diagnostického vyšetrenia DSM-5“ od A. Nussbauma (Nussbaum A., 2013), ktorá je výborným návodom na 30 minútové štruktúrované diagnostické vyšetrenie pomocou DSM-5 pre začínajúcich psychiatrov (obr. 6).

AKO DIAGNOSTIKOVAŤ POMOCOU DSM - 5



30 minútový diagnostický rozhovor

- 1 minúta:** Predstaviť sa a informovať
- 2.-5. minúta:** Pozorovať a poslúchať
- 6.-10. minúta:** Anamnéza terajšieho ochorenia
- 11.-17. minúta:** Prehľad systémov a dimenzií
- 18.-23. minúta:** Ostatná anamnéza (RA, OA, SA)
- 24.-30. minúta:** Mentálny status



Obrázok 6. „Vrecková príručka diagnostického vyšetrenia DSM-5“ (Nussbaum A., 2013).

MKCH 11: prekvapenie, ktoré nás neminie

Aj prípravu MKCH-11 sprevádzajú podobné problémy, ako prípravu DSM-5 a časový sklz do predpokladaného uvedenia do praxe už je 4-ročný (2018). Zmeny pod tlakom kritiky a petícií sú realizované ešte stále. Podobne ako pri tvorbe DSM-5 (konflikt s NIMH a „RDoC“), aj v súvislosti

s MKCH-11 sa polemizuje, či už je čas nového prístupu, ktorý by využil potenciál neurovied a zaviedol laboratórne parametre do diagnostiky, alebo je lepšie rozvíjať existujúci systém na báze deskriptívnej psychopatológie (Maj, 2014). Kritici upozorňujú, že zavádzanie neurobiologických metód a kritérií by mohlo znamenať simplifikáciu diagnostického systému, vylúčenie neurobiologicky nedostatočne vysvetlených porúch z výskumu a vytlačenie fenomenológie z diagnostiky, ktorá je pritom zárukou kontinuity aj samotného odboru. Dokonca citujú Jaspersa, ktorý predpovedal takúto situáciu ako „psychiatriu bez psychiky“ („psychiatry without psyche“), z ktorej sa vytráca aj „self“ vyšetrovanej osoby (Parnas, 2014).

Napriek výrazným zmenám v DSM-5 prebieha cieľavedomá synchronizácia MKCH-11, čo prinesie podobné zmeny a možno práve aj niektoré kritizované. MKCH-11 bude len čiastočne postavená na inej nozologickej koncepcii ako DSM-5. Sú pripravované znovu 3 verzie: pre praktických lekárov, klinickú prax a pre výskum. Tiež je to dôvodom kritiky, lebo predmetom klinickej praxe aj výskumu sú tie isté poruchy a práve naopak, bolo by žiaduce klinickú prax a výskum zblížiť a do vývoja nových klasifikácií vtiahnuť viac klinických pracovníkov ako doteraz.

MKCH-11 sa tvorí v 11 pracovných skupinách. Proces prebieha za neustálej konzultácie rôznymi odbornými a záujmovými organizáciami, vrátane členských štátov WHO, aby využívanie klasifikácie sa rozšírilo aj do nízko-príjmových krajín. MKCH-11 bude naďalej stavať na definíciách chorôb a diagnostických vodičkách. Filozofia takého prístupu znamená, že nehodnotíme u pacienta prítomnosť príznakov a naplnenie kritérií, ale to, či pacient zodpovedá uvedenej šablóne duševnej poruchy podľa vyšetrojúceho. Napriek forsírovanej harmonizácii DSM-5 a MKCH-11 (obsah kapitoly duševných porúch ešte nie je konečný) na úrovni špecifických diagnostických kategórií zrejme budú významné rozdiely. Podstatné zmeny boli prezentované na 16. svetovom kongrese WPA (Madrid 2014) a v sérii publikácií aj na stránke WHO. Schizofrénie a ďalšie psychotické poruchy (F20-F28) dostanú nové pomenovanie: „Spektrum schizofrénie a iných primárnych psychotických porúch“ a podobne ako v DSM-5, budú menej zdôrazňované v kritériách schizofrénie Schneiderové príznaky prvého rádu, kritéria budú voľnejšie (prítomnosť 2 z 8 symptómov a iba 1 jadrový príznak) a budú tiež zrušené podtypy schizofrénie. Odlišne od DSM-5, MKCH-11 ponecháva požiadavku mesačného trvania, ale príznaky by mali byť prítomné väčšinu doby mesačného trvania (Gaebel a Reed, 2012, Gaebel et al., 2013). Sú to zmeny pomerne veľké oproti MKCH-10, ale z hľadiska praxe pozitívne, stačí si uvedomiť prekážky pri indikácii antipsychotickej liečby. Katatónia bude v MKCH-11 samostatná kategória, čo je progresívnejší krok, ako jej ponechanie medzi psychotickými poruchami, ako v DSM-5.

U bipolárnych afektívnych porúch bude výrazná zhoda, rovnako ako DSM-5 aj MKCH-11 považuje aktívnu/energetickú úroveň za určujúci príznak mánie. Aj podľa pripravovanej MKCH-11 manický/hypomanický syndróm, ktorý vzniká v rámci antidepressívnej liečby, pretrváva a prekračuje hranice fyziologického účinku liečby, je potrebné považovať za manický (hypomanický) epizódu. Bipolárna porucha II bude tiež uvádzaná ako samostatná entita. Rozdiely budú výraznejšie pri popise zmiešaných stavov

a schizoaftívnych porúch (Maj a Reed, 2012). MKCH-11 uvedie aj zmenu PTSD a kategóriu pod názvom „komplexná posttraumatická stresová porucha“, kde budú doplnené charakteristiky PTSD o zmeny nálady, sebaoponovania a vzťahových funkcií. V MKCH-11, narozdiel od DSM-5, sa objaví nová kategória prolongovanej smútkovej poruchy a „akútna stresová reakcia“ bude interpretovaná ako normálna reakcia a bude uvedená medzi „faktormi ovplyvňujúcimi zdravotný stav, ktoré môžu vyžadovať klinickú intervenciu“ (Maercker et al., 2013).

V MKCH-10 ešte sú oddelene organické (medzi neurologickými poruchami) a neorganické poruchy spánku, ale v MKCH-11 všetky poruchy spánku sú zaradené do spoločnej kategórie mimo kapitoly duševných porúch. Podobný problém je riešený spojením sexuálnych porúch do kapitoly: „sexualitou súvisiace stavy a poruchy“, ale pod tlakom lobistických skupín tiež mimo kapitoly duševných porúch. Aj v MKCH-11 sa nachádza kategória „rodová dysfória“, ale nie medzi psychickými poruchami a nie ako porucha, ale stav („condition“), a nie ako dysfória ale inkongruencia. Dôvody sú jednoduché: opodstatnenosť korektívnej operácie a hormonálnej liečby naprávajúcej dysfóriu ako psychickú poruchu je spochybiteľná, ale korekcia stavu („inkongruencie“), ktorý nie je medzi psychickými poruchami, už znie lepšie (tak silný je vplyv LGBT). Filozofia MKCH-11 je v mnohom odlišná od DSM-5, ale kompatibilita na úrovni štruktúry a diagnóz bude dôslednejšia ako doteraz, čo dáva veľkú nádej na ich zjednotenie v blízkej budúcnosti.

Záver

DSM-5 ako nová klasifikácia napriek prevažujúcim kritickým postojom sa veľmi rýchlo uplatňuje v praxi. Je to projekt vysoko ziskový, počet predaných kníh už pol roka po vydaní bol okolo 400 000 a príjmy APA prevážili celkovú investíciu (22 verus 35 miliónov USD), pritom nepočítame zisky za sprievodné publikácie (Muller, 2015). Aj pôvodní kritici (Frances, 2013) ju rýchlo adaptovali vo svojich revidovaných publikáciách. Niektoré zmeny podrobené kritike (napríklad rušenie multiaxiálneho systému) už preukázali výhody pre klinickú prax. Hlavne vďaka rušeniu multiaxiálneho systému a novému zoskupovaniu, DSM-5 je prehľadnejší, flexibilnejší a praktickejší diagnostický manuál („clinical friendly“), ako predchádzajúca verzia. Dobrá klasifikácia by mala byť jednoduchá, komplikovaná a neprehľadná klasifikácia pre nedostatočnú implementáciu v praxi nemôže poskytnúť relevantné informácie pre klinické, výskumné či štatistické analýzy. DSM-5 nie je len diagnostický manuál, ale aj vysoko aktuálny zdroj informácií a referenčný zdroj pre vedecký výskum. Už len pre tieto aspekty je potešujúce sprostredkovanie tohto dokumentu aj u nás (český preklad kompletnej verzie práve vychádza v spolupráci vydavateľstva Portál a Hogrefe Testcentrum, 2015). Prvýkrát vychádza preklad DSM v plnej verzii, prvýkrát môžu hodnotiť jej prínos aj psychiatri z praxe. Kompletná verzia nám sprostredkuje nielen diagnostické kritéria, ale aj veľmi cenné informácie o ďalších diagnostických znakoch, diferenciálnej diagnostike, epidemiológii, priebehu aj prognóze a máme možnosť dopredu si osvojiť nový koncept, ktorý zrejme výrazne ovplyvní aj MKCH-11.

Zmeny v DSM-5 sú pomerne veľké, ale obavy, že by niektoré mohli spôsobiť vážne problémy sú prehnané až znevažujúce odbornosť samotných psychiatrov, ktorí nepoužívajú žiadny diagnostický manuál mechanicky a doslovne, ale ako príručku, teda aj DSM-5 je v bezpečných rukách a potrebu korekcií ukážu skúsenosti v praxi.*

*Prednesené v rámci bloku Pinelovej nemocnice v Pezinku na V. konferencii o biologickej psychiatrii roku 2015 v Piešťanoch.

Literatúra

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013, s. 943.

Asociación Psiquiátrica de América Latina: Guia Latinoamericana de Diagnostico Psiquiátrico – GLADP. America Latina, 2004, 283 s.

Barnhill, J.W. (ed.): Psychické poruchy – kazuistiky. Diagnostika podľa DSM-5. Bratislava: Vydavateľstvo F, Pro mente sana, 2015, 266 s.

Bech, P.: Clinical Assessment of Positive Mental Health. S. 127-143. In: Jeste, D.V., Palmer, B.W. (eds.): Positive Psychiatry a Clinical Handbook. APP, 2015, 385 s. ISBN 978-1-58562-495-9.

Berganza, C.E., Mezzich, J.E., Jorge, M.R.: Latin American Guide for Psychiatric Diagnosis (GLDP). Psychopathology. 2002, 35, s. 185–190.

Bucci, P.: Plans for the chapter on mental disorders of ICD-11: A synopsis for WPA constituciones. Psychiat. Hung., 2014, 29, s. 124-127.

Buser, S., Cruz, L.: DSM-5 Insanely Simplified: Unlocking the Spectrums within DSM-5 and ICD-10. iQ Asheville, 2015, 113 s.

Casey, B.J., Craddock, N., Cuthbert, B.N. et al.: DSM-5 and RDoC: progress in psychiatry research? Nature Rev. Neurosci., 14, 2013, s. 810-814.

Cloninger, C.R.: The Science of Well-Being and Comprehensive Diagnosis. S.269-297. In: Salloum, I.M. (ed.), Mezzich, J.E. (co-ed.): Psychiatric Diagnosis: Challenges and Prospects. Wiley-Blackwell, 2009, 332 s. ISBN 978-0-470-72569-6.

Decker, H.S.: The making of DSM-III. Oxford University Press: New York, 2013, 442 s.

Demazeux, S., Singy, P.: The DSM-5 in Perspective: Philosophical Reflections on the Psychiatric Babel (History, Philosophy and Theory). Springer, 2015, 264 s. ISBN 10-9401797641.

DSM-5 – Diagnostický a štatistický manuál duševných poruch. Hogrefe – Testcentrum: Praha, 2015, 1032 s.

Dziegielewska, S.F.: DSM-5 in Action. 3rd Edition. WILEY, 2014, 608 s. ISBN 978-1-118-13673-7.

First, M.B.: Harmonisation of ICD-11 and DSM-V: opportunities and challenges. Br. J. Psychiatry, 195, 2009, s. 382–390.

- First, M.B. (ed.):** DSM-5 Handbook of Differential Diagnosis. Am. Psychiatric Pub., 1. Ed., 2014, 338 s. ISBN 978-1-58562-462-1.
- First, M.B., Bhat, V., Adler, D. et al.:** How do clinicians actually use the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders in clinical practice and why we need to know more. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 2014, 202, s. 841–844.
- First, M., Reed, G.M., Hyman, S.E., Saxena, S.:** The development of the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders. *World Psychiatry*, 2015, 14, s. 82–90.
- Feighner, J.P., Robins, E., Guze, S.B. et al.:** Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1972, 26, s. 57–63.
- Frances, A.:** The New Crisis of Confidence in Psychiatric Diagnosis. *Ann. Int. Med.*, 159, 2013, s. 221–222.
- Frances, A.:** Essentials of psychiatric diagnosis. Responding to the Challenge of DSM-5. The Guilford Press: New York, 2013, s. 280.
- Gaebel, W., Zielasek, J.:** Is there scientific evidence to reclassify psychotic disorders in international classification systems? *Eur. Psychiatry*, 2011, 26 (Special issue 2), s. 48–52.
- Gaebel, W., Reed, G.M.:** Status of Psychotic Disorders in ICD-11. *Schizophr. Bull.*, 2012, November 17, 38(6), s. 895–898.
- Greenberg, G.:** The book of Woe. The DSM and the Unmaking of psychiatry. Scribe: Melbourne, London, 2013, 403 s.
- Hyman, S.E.:** Can neuroscience be integrated into the DSM-V? *Nature Rev. Neurosci.*, 8, 2007, s. 725–732.
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R. et al.:** Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am. J. Psychiatry*, 2010, 167, s. 748–751.
- Insel, T.:** Director's Blog: Transforming Diagnosis. National Institute of Mental Health, 2013. <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>.
- Chen, Y.F.:** Chinese classification of mental disorders (CCMD-3): towards integration in international classification. *Psychopathology*, 2002, 35, s. 171–175.
- Kendell, R.E. et al.:** Diagnostic criteria of American and British psychiatrists. *Arch. Gen. Psychiatry*, 25, 1971, s. 123–130.
- Kendler, K.S.:** The dappled nature of causes of psychiatric illness: replacing the organic–functional/hardware–software dichotomy with empirically based pluralism. *Mol. Psychiatry*, 2011, 17, s. 377–388.
- Kola, I., Bell, J.:** A call to reform the taxonomy of human disease. *Nature Rev. Neurosci.*, 10, 2011, s. 641–642.
- Kramer, M.:** Historical roots and structural bases of the International Classification of Diseases. In: Mezzich, J.E., von Cranach, M. (eds.): *International Classification in Psychiatry: Unity and Diversity*. Cambridge: Cambridge University Press, 1988.
- Kupfer, D.J., Regier, D.A.:** Neuroscience, clinical evidence, and the future psychiatric classification in DSM-5. *Am. J. Psychiatry*, 7, 2011, s. 672–674.
- López-Muñoz, F., García-García, P., Sáiz-Ruiz, J. et al.:** A bibliometric study of the use of the classification and diagnostic systems in psychiatry over the last 25 years. *Psychopathology*, 2008, 41, s. 214–225.
- Lee, S.:** From diversity to unity. The classification of mental disorders in 21st-century China. *Psychiatr. Clin. North Am.*, 2001, 24, s. 421–431.
- Maercker, A., Brewin, C.R., Bryant, R.A. et al.:** Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 2013, Oct., 12(3), s. 198–206.
- Manley, M.R.S.:** *Psychiatry Clerkship Guide*. Second Edition. Mosby Elsevier: Philadelphia, PA, Second Edition, 2007, s. 63–67.
- Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF**, World Health Organization 2001, Grada Publishing: Praha, 280 s.
- Maj, M.:** Psychiatric diagnosis: pros and cons of prototypes vs. operational criteria. *World Psychiatry*, 2011, 10, s. 81–82.
- Mezzich, J.E.:** The WPA International Guidelines for Diagnostic Assessment. *World Psychiatry*, 2002, 1, s. 36–39.
- Mezzich, J.E.:** International surveys on the use of ICD-10 and related diagnostic systems. *Psychopathology*, 2002, 35, s. 72–75.
- Mezzich, J.E., Salloum, I.M.:** Towards a Person-Centered Integrative Diagnosis. S. 297–302. In: Salloum, I.M. (ed.), Mezzich, J.E. (co-ed.): *Psychiatric Diagnosis: Challenges and Prospects*, Wiley-Blackwell, 2009, 332 s. ISBN 978-0-470-72569-6.
- McCarron, R.M.:** The DSM-5 and the Art of Medicine: Certainly Uncertain. *Ann. Int. Med.*, 159, 2013, s. 360–360.
- Muller, R.:** The four domains of mental illness (FDMI): An alternative to the DSM-5. S. 236–252. In: Zachar, P., Stoyanov, D., Aragona, M., Jablensky, A. (eds.): *Alternative perspectives on psychiatric validation DSM, ICD, RDoC, and Beyond*. Oxford, 2015, 274 s.
- Muskin, P.R.:** DSM-5 Self-Exam Questions: Test Questions for the Diagnostic Criteria. Am. Psychiatric Pub., 1. edition, 2014, s. 467. ISBN 1585624675.
- Neugeboren, J., Friedman, M.B., Sederer, L.I.:** *The diagnostic manual of mishegas*. CreateSpace Independent Publishing Platform: North Charleston, 2013, 63 s.
- Nussbaum, A.M.:** *The Pocket Guide to the DSM-5 Diagnostic Exam*. APP Washington DC, 2013, s. 272.
- Oldham, J.M., Skodol, A.E., Bender, D.S. (eds.):** *The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders – DSM-5 edition*. APP Washington, DC, 2014, 595 s.

- Otero-Ojeda, A.A.:** Third Cuban Glossary of Psychiatry (GC-3): key features and contributions. *Psychopathology*, 2002, 35, s. 181–184.
- Paris, J., Phillips, J. (eds.):** Making the DSM-5. Concepts and Controversies. Springer: New York, 2013, 180 s.
- Parnas, J.:** The RDoC program: psychiatry without psyche? *World Psychiatry*, 2014, Feb., 13(1), s. 46–47.
- Regier, D.A., Kuhl, E.A., Kupfer, D.J.:** The DSM-5: Classification and criteria changes. *World Psychiatry*, 2, 2013, s. 92–98.
- Rhebergen, D., Graham, R.:** The re-labelling of dys-thymic disorder to persistent depressive disorder in DSM-5: old wine in new bottles? *Curr. Opin. Psychiatry*, 2014, 27, s. 27–31.
- Saavedra, J.E., Mezzich, J.E., Otero, A., Salloum, I.M.:** The revision of the Latin American Guide for Psychiatric Diagnosis (GLADP) and an initial survey on its utility and prospects. *Int. J. Pers. Cent. Med.*, 2012, 2, s. 214–221.
- Spence, D.:** The psychiatric oligarchs who medicalise normality. *BMJ*, 2012, 344, e3135.
- Spitzer, R.L., Endicott, J., Robins, E.:** Research diagnostic criteria. *Psychopharmacol. Bull.*, 1975, 11, s. 22–25.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Skodol, A.E.:** DSM-III: the major achievements and an overview. *Am. J. Psychiat.*, 137, 1980, s. 151–164.
- Stein, D.J., Lund, C., Nesse, R.M.:** Classification systems in psychiatry: diagnosis and global mental health in the era of DSM-5 and ICD-11. *Curr. Opin. Psychiatry*, 26, 2013, s. 493–497.
- Timimi, S.:** „No more psychiatric labels” petition. *BMJ*, 2012, 344, e3534.
- Tsuang, M.T. et al.:** Attenuated psychosis syndrome in DSM-5. *Schizophrenia Res.*, 150, 2013, s. 31–35.
- Uher, R., Payne, J.L., Pavlova, B., Perlis, R.H.:** Major depressive disorder in DSM-5: implications for clinical practice and research of changes from DSM-IV. *Depress Anxiety*, 2014, 31, s. 459–471.
- Üstün, T.B., Kostanjsek, N., Chatterji, S. (eds.):** Measuring Health and Disability Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0. World Health Organization, 2010. ISBN 978 92 4 154759 8.
- Ware, J.E., Kosinski, M., Keller, S.K.:** SF-36, Physical and Mental Health Survey: A user’s manual. Boston, MA: The Health Institute, 1994.

Do redakcie došlo 9.2.2016.