

Schizoaftívna porucha – stabilná diagnóza?

MUDr. Branislav Moťovský

Psychiatrická klinika FN v Trenčíne

Schizoaftívna porucha je duševná porucha, ktorej etiopatogenetické vymedzenie je stále otvorené. Súčasné a stále pribúdajúce poznatky o schizoaftívnej poruche (genetické štúdie rodín, sledovanie klinického obrazu, priebehu a prognózy...) poukazujú na to, že ide pravdepodobne o skupinu heterogénnych porúch s podobnými klinickými prejavmi. Z hľadiska súčasných kritérií medicíny založenej na dôkazoch sú pre definovanie terapeutických odporúčaní potrebné ďalšie psychofarmakologické výskumy.

Kľúčové slová: schizoaftívna porucha, terapeutické postupy, medicína založená na dôkazoch, rodinné genetické štúdie, atypické antipsychotiká, priebeh a prognóza.

Schizoaffective disorder – a stable diagnosis?

Schizoaffective disorder is defined not that exactly as other mental disorders and its etiopathogenetic determination is uncertain besides. Contemporary findings and growing new research data (family genetic studies, phenomenology, course and prognosis...) suggesting that schizoaffective disorder would be heterogenous group of disorders with similar clinical characteristics. Therefore, in terms of Evidence based medicine new psychopharmacological trials are needed to define therapeutic guidelines for schizoaffective disorder.

Key words: schizoaffective disorder, treatment guidelines, evidence-based medicine, family genetic studies, atypical antipsychotics, long-term course and outcome.

Psychiatr. prax; 2011; 12 (1): 6–8

Termín „schizoaftívna“ zaviedol Jacob Kasanin v roku 1933 a od roku 1952 sa objavuje vo všetkých vydaniach DSM (18). Schizoaftívna porucha má v psychiatrii v určitom slova zmysle špecifické postavenie. Jej etiopatogenéza, diagnostické vymedzenie a terapeutické odporúčania sú v porovnaní s ostatnými duševnými poruchami menej zreteľné. Priebeh a vyústenie stoja niekde medzi schizofréniou (horšia alternatíva) a bipolárnou afektívnou poruchou (lepšia alternatíva), môže byť aj rovnaký ako pri týchto dvoch samotných poruchách. Podľa viacerých zdrojov, priebeh a prognóza sa skôr približujú k schizofrénií než k afektívnym poruchám. Diagnostická stabilita schizoaftívnej poruchy v čase je nízka. Pri sledovaní pacientov po prvej psychiatrickej hospitalizácii v intervaloch 6 a 24 mesiacov zostala pôvodná diagnóza nezmenená v 92 % prípadov schizofrénie, 83 % bipolárnej afektívnej poruchy (F31), 74 % veľkej depresívnej poruchy (F33), ale len v 36 % prípadov schizoaftívnej poruchy (F25) (19). Pri schizoaftívnej poruche, v porovnaní so schizofréniou, je lepší priebeh, menej interepizodických reziduálnych symptómov, menej negatívnej schizofrénej symptomatiky, je menej postihnutá kvalita života a sociálneho fungovania. Pri bipolárnej afektívnej poruche je však priebeh lepší než pri schizoaftívnej poruche. K markerom nepriaznivejšieho priebehu patria: horšia premorbidná anamnéza, pomalý rozvoj symptomatiky na začiatku poruchy, neprítomnosť precipitujúcich faktorov, dominancia psychotických symptómov – hlavne negatívnych schizofrénnych symptómov, skorý vek vzniku poruchy, neremitujúci priebeh a rodinná anamnéza schizofrénie. Niektoré dáta poukazujú na to, že bipolárny typ má lepší

Tabuľka 1. Typy schizoaftívnej poruchy

MKCH-10 – terajšia epizóda	DSM-IV
manický typ (F25.0)	bipolárny typ – v dlhodobom priebehu poruchy výskyt schizomaniackých/zmiešaných epizód (s/bez schizodepresívnych epizód)
depresívny typ (F25.1)	depresívny typ – v dlhodobom priebehu poruchy výskyt len schizodepresívnych epizód
zmiešaný typ (F25.2)	

priebeh a prognózu než depresívny typ (11, 13, 15). Celoživotná prevalencia schizoaftívnej poruchy je podľa novších zistení v priemere 0,32 %, u mužov 0,14 % a u žien 0,47 % (14). Vyššia prevalencia u žien je možno vysvetliteľná vyššou prevalenciou depresie u žien (13). Depresívny typ (tabuľka 1) je častejší u starších ľudí, kým bipolárny u mladých dospelých. Vek vzniku poruchy je vyšší u žien než u mužov, podobne ako pri schizofrénií (13, 15).

V súčasnosti je v Európe platná a záväzná Medzinárodná klasifikácia chorôb – 10. revízia (MKCH-10) a v USA Diagnostický a štatistický manuál Americkéj psychiatrickej spoločnosti – 4. revízia (DSM-IV). Budúce, už tvoriace sa klasifikácie MKCH-11 a DSM-V budú mať viac dimenzionálny charakter, čo umožní štandardizovanejšie hodnotenie každého pacienta a zvýši validitu psychiatrickej klasifikácie. Samozrejme, tento prístup „oslabí“ parametre, ktoré ponúkajú tradičné diagnostické kategórie – etiológia, prognóza a liečba príslušnej poruchy (11). Prehľad historického vývoja konceptu schizoaftívnej poruchy je v tabuľke 2.

Pri schizoaftívnej poruche počas tej istej epizódy musia byť prítomné aspoň 2 týždne schizofrénné príznaky a plne vyjadrená manická, zmiešaná (manické + depresívne symptómy) alebo depresívna epizóda – presne ako sú popísané

Tabuľka 2. Vývoj termínu Schizoaftívna porucha a jeho „klinického obsahu“ (6, 11, 13, 15, 16)

- Kraepelin, 1899 – odlíšil dementia praecox a mániodepresívne ochorenie
- E. Bleuler – „schizoaftívne prípady“ patria k schizofrénií
- Kasanin, 1933 – Akútna schizoaftívna psychóza
- Leonhard, 1957 – (Mániodepresia – Cykloidné psychózy – Nesystematické Sch. – Systematické schizofrénie): samostatné nozologické jednotky – bez prekrývania sa
- The US-UK Diagnostic Project, 1974 – zistil výrazný rozdiel v incidencii a prevalencii schizofrénie (vyššia v USA – kde „širšia“ diagnóza zahŕňala aj afektívne poruchy; nižšia vo Veľkej Británii)
- RDC 1975; DSM III – DSM III-R 1987 → DSM-IV, 1994 a MKCH-10, 1992 ateoretické, operačné, fenomenologické klasifikácie

v oddiele F3 v MKCH-10. Nesmie ísť o depresiu ľahkého stupňa ani o hypomániu. Trvanie depresívnej a zmiešanej afektívnej epizódy musí byť aspoň 2 týždne, trvanie mánie aspoň týždeň. Počas tej istej epizódy musí byť aspoň nejaký čas súčasne prítomná schizofrénná aj afektívna zložka poruchy (1, 2, 6). F25 je prechodná, epizodická porucha (učebnicový popis), no priebeh môže byť aj podstatne nepriaznivejší – ako pri schizofrénií. Pomer intenzity, trvania a frekvencie afektívnych a schizofrénnych prejavov je približne rovnaký. Depresívny syndróm (napr. hypobulia, hypohedonia, hypoprosexia, pokles libida

a chuti do jedla, insomnia, pokles záujmu, dynamogenie, vitality, spomalenie psychomotoriky, nerozhodnosť) bez zreteľnej depresívnej nálady možno ľahšie mylne zameniť s negatívnou schizofrénou symptomatikou, alebo aj s organickým psychosyndrómom. Preto DSM-IV pre depresívny syndróm pri schizoafektívnej epizóde vyžaduje prítomnosť depresívnej nálady, kým táto pri veľkej depresívnej epizóde (unipolárnej alebo bipolárnej) môže, ale nemusí byť v rámci depresívneho syndrómu prítomná. Pokiaľ ide o schizofrénne príznaky (2, 6) pre F25, výrazne sa prekrývajú so Schneiderovými príznakmi I. rádu. DSM-IV (na rozdiel od MKCH-10) vyžaduje počas epizódy prítomnosť bludov alebo halucinácií po dobu najmenej 2 týždňov bez prítomnosti prevládajúcich príznakov poruchy nálady. Z uvedeného vidno, že pri definovaných časových kritériách a popise intenzity syndrémov môžu v bežnej klinickej praxi nastať diagnostické ťažkosti. Skupina odborníkov tvoriacich DSM-V navrhuje, aby veľké afektívne epizódy (mánie a depresia) tvorili aspoň 30 % času z celoživotného trvania schizoafektívnej poruchy – zahŕňajúc akútne epizódy aj reziduálne obdobie (18).

Vzťah afektívnych a schizofrénnych príznakov

Pri diferenciálnej diagnostike schizoafektívnej poruchy sú veľmi dôležité časové kritériá schizofrénneho a afektívnych syndrémov, intenzita ich vyjadrenia a ich paralelný priebeh alebo naopak následnosť. Overenie požiadavky MKCH-10 – schizofrénny a afektívny komponent sú v približnej rovnováhe – je v praxi dosť problematické. DSM-IV vyžaduje, aby afektívny komponent tvoril podstatnú časť aktívneho a reziduálneho obdobia poruchy. Ani „podstatná časť“, ani „približná rovnováha“ nie sú nijak definované. V praxi väčšina klinikov odhaduje podiel afektívneho komponentu v rámci celej poruchy na 15 – 20 % (15). V známej psychiatrickej monografii Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry (2007) sa uvádza príklad: Pacient, ktorý má 2 mesiace trvajúcu manickú epizódu, ale ktorý trpí 10 rokov na schizofréniu, nespĺňa kritériá pre schizoafektívnu poruchu. Mala by byť u neho stanovená diagnóza: epizóda poruchy nálady nasadzajúca na schizofréniu (15). V českej literatúre sa uvádza, že u pacientov s pôvodne schizofrénnym klinickým obrazom, s len občasnými plne vyjadrenými epizódami poruchy nálady (depresívnymi alebo manickými) by sme mali diagnostikovať schizofréniu s atypickou poruchou nálady (16).

V rámci diferenciálnej diagnostiky pri schizoafektívnej poruche treba uvažovať o:

1. bipolárnej afektívnej poruche, depresívnej poruche – afektívne epizódy so psychotickými

Tabuľka 3. Definícia schizoafektívnej poruchy (F25) podľa MKCH-10 (16)

G1. Porucha spĺňa kritériá pre jednu z afektívnych porúch (F30.-; F31.-; F32.-) stredného alebo ťažkého stupňa – ako sú špecifikované pre každú kategóriu.
G2. Po väčšinu doby v priebehu najmenej dvoch týždňov sa musia vyskytovať príznaky najmenej z jednej z nižšie uvedenej skupiny (sú takmer rovnaké ako pri schizofréni):
(1) Ozvučovanie myšlienok, ich vkladanie, odnímanie, vysielanie.
(2) Bludy kontrolovania, ovládania, ovplyvňovania, zreteľne sa prejavujúce pohybmi tela alebo končatín, alebo zvláštne myšlienky, činnosti, pocity, bludné vnímanie.
(3) Halucinácie hlasov komentujúcich pacientove správanie, konverzujúcich alebo prichádzajúcich z niektorých častí tela.
(4) Neustále bludy iných typov, ktoré nemôžu byť kultúrne podmienené a sú úplne nepatričné, ako náboženská a politická identita, nadľudská moc alebo schopnosť (napr. schopnosť ovplyvňovať počasie alebo byť v spojení s mimozemšťanmi).
(5) Značne neadekvátna a nesúvislá reč alebo časté užívanie neologizmov.
(6) Intermitentné, ale časté prejavy niektorých foriem katatonie, ako je pózovanie (nástavy), vosková hybnosť a negatívizmus.
G3. Kritériá G1 a G2 musia byť splnené v priebehu tej istej epizódy poruchy a aspoň určitú dobu trvania epizódy musia byť súbežné. Príznaky kritérií G1 a G2 musia byť v klinickom obraze zreteľne vyjadrené.
G4. Vylúčenie organickej etiológie alebo etiológie v súvislosti s psychoaktívnymi látkami.
<i>Medzi počtom, závažnosťou a trvaním schizofrénnych a afektívnych príznakov by mala byť približná „rovnováha“.</i>

- kými symptómami. Psychotické príznaky nedominujú, s odznením afektívneho syndrómu odznievajú aj psychotické prejavy.
2. postschizofrénnej depresii – aspoň stredne ťažká depresívna epizóda bez prítomnosti akútnej epizódy schizofrénie, no v slabšej miere musia byť niektoré schizofrénne symptómy prítomné. Nie je neobvyklé, že u pacientov so schizofréniou, hlavne u tých, ktorí majú zachovaný určitý náhľad a ktorí premorbidne dobre, kvalitne fungovali, sa rozvinie depresia (13).
3. akútnych a prechodných psychotických poruchách – náhly vznik, trvanie kratšie ako 1 mesiac, dramatický a kolísavý priebeh v intenzite aj prejave symptómov, aj z hodiny na hodinu. Popri pozitívnej schizofrénnej symptomatike sú aj afektívne príznaky, ktoré môžu mať bipolárne charakteristiky a zmätenosť. Epizódy sa môžu opakovať, aj v súvislosti s akútnym stresom, po odznení epizódy obvykle návrat na premorbidnú úroveň (16). Približne u polovice ľudí sa po prekonaní 1. epizódy tejto poruchy v budúcnosti rozvinie schizofrénia alebo afektívna porucha (15). V histórii psychiatrie túto diagnostickú jednotku zrkadlili synonymá – oneirofrénia, schizofreniformná psychóza, zmiešaná psychóza, atypická psychóza, cykloidná psychóza, bouffée délirante (13, 15, 16).
4. schizofréni, negatívnej schizofrénnej symptomatike, neuroleptickej depresii.
5. liečbe steroidmi, psychomotorickej epilepsii, abúzus fencyklidínu. Organická a somatogénna etiológia. Psychoaktívne látky (6, 10, 11, 13, 15, 16).

Koexistenciu schizofrénie a depresívnej epizódy akceptuje MKCH-10 a DSM-IV len v rámci schizoafektívnej poruchy a „Postschizofrénnej depresie“. Pre manickú a zmiešanú epizódu koexistujúcu so schizofréniou nemáme okrem schizoafektívnej poruchy

inú diagnózu. Toto dostatočne nereflektuje súčasné vedecké poznatky a ani klinickú prax. V rámci bipolárnej afektívnej poruchy (F31, resp. F30 – prvej epizódy mánie) a rekurentnej depresívnej poruchy (F33, resp. F32 – prvej epizódy depresie) akceptujú súčasné klasifikácie pri manickej alebo ťažkej depresívnej epizóde psychotické symptómy, ktoré môžu, ale aj nemusia byť kongruentné s náladou (napríklad hlasy hovoriace s jedincom o emočne neutrálnych veciach, paranoidné a perzekučné bludy a halucinácie, ktoré sa priamo nevzťahujú k depresívnej alebo manickej tematike). DSM-IV však k inkongruentným psychotickým príznakom pri ťažkých epizódach porúch nálady radí aj také symptómy (vkladanie myšlienok, vysielanie myšlienok, blud kontrolovanosti), ktoré tradične patria k patognomickým príznakom schizofrénie (11).

Analýzy genetických štúdií rodín poukazujú na špecifické agregácie. Pacienti s F25 sa nezoskupujú v rodinách separátne od rodín s F20 a rodín s F31. U príbuzných pacientov s F25 sa častejšie vyskytuje F20 a F31. Schizoafektívna porucha zrejme nepredstavuje samostatnú nozologickú jednotku oddelenú od schizofrénie a závažnejších afektívnych porúch (F33, F31). Schizoafektívna porucha – bipolárny typ môže predstavovať ťažší variant bipolárnej poruchy – tento typ sa častejšie spája s rodinami, v ktorých sa vyskytuje bipolárna porucha. Má lepší priebeh (ohraničenejšie epizódy, kvalitnejšie remisie) oproti depresívnemu typu F25. Schizoafektívna porucha – depresívny typ môže predstavovať miernejší variant schizofrénie – tento typ sa častejšie spája s rodinami, v ktorých sa vyskytuje schizofrénia. Oproti bipolárnemu typu F25 má horší priebeh – častejšia a narastajúca reziduálna schizofrénna symptomatika medzi epizódami (6, 13, 16).

V rámci súčasných diagnostických popisov (MKCH-10; DSM-IV) schizoafektívnej poruchy overovala medzinárodná skupina odborníkov pre bipolár-

nu poruchu (6) dostupné vedecké údaje a zisťovala, či schizoafektívna porucha je samostatná nozologická jednotka. Výstupom ich práce bolo, že nozologický status F25 nezodpovedá samostatnej diagnostickej jednotke. Ide o dimenzionálnu (BP-SCH) podstatu tejto poruchy; *alebo* ide o komorbiditu schizofrénie a bipolárnej poruchy (čo je štatisticky nepravdepodobné); *alebo* ide o heterogénnu skupinu porúch, ktorých prejav sa syndromologicky podobá (6).

Pozorovania, že ťažké epizódy poruchy nálady (F30, F31, F32, F33) s inkongruentnými psychotickými príznakmi majú pri dlhodobom hodnotení celkového priebehu poruchy horšiu prognózu, je potvrdený mnohými staršími aj novšími štúdiami (7). Tejto skutočnosti sa pri prebiehajúcej tvorbe budúcich diagnostických klasifikácií (MKCH-11, DSM-V) venuje značná pozornosť (11). Prototypy „veľkých psychiatrických chorôb“ – schizofrénia a bipolárna afektívna porucha (bez inkongruentných psychotických symptómov) v porovnaní s bipolárnou afektívnou poruchou s inkongruentnými psychotickými príznakmi sa líšia vo viacerých faktoroch (vek vzniku, rodinná anamnéza, priebeh, atď.). Bipolárna porucha s inkongruentnými psychotickými príznakmi môže byť výsledkom „antagonistickej“ genetickej determinácie schizofrénie a „typickej“ bipolárnej poruchy (10). Je potrebné podotknúť, že kongruentné psychotické príznaky pri unipolárnej depresii sú zase silným bipolárnym indikátorom – je vysoko pravdepodobné, že sa v budúcnosti objaví manická alebo zmiešaná afektívna epizóda.

Liečba

O liečbe schizoafektívnej poruchy nemáme dostatok relevantných informácií, nie sú pre ňu vypracované terapeutické algoritmy (ako pre F20, F31, F33). Prečo? MKCH-10 a DSM-IV definujú diagnostické kritériá pre F25, no etiopatogenetická „istota“ potrebná pre výber liečby nie je taká zrejímavá. V klinických štúdiách skúšajúcich atypické antipsychotiká (AAP) býva obvykle F25 zahrnutá do súboru spolu so schizofréniou (F20), alebo je situácia opačná – F25 je vylučovacím kritériom. Takže nie je dostatok adekvátnych – randomizovaných, kontrolovaných štúdií (RCT, s dostatočným počtom pacientov, s homogenitou súboru) len pre F25. Máme vypracované terapeutické algoritmy (v zmysle Evidence base medicine) pre schizofréniu, bipolárnu afektívnu poruchu, depresívnu poruchu, ale len neoverené aplikácie pre schizoafektívnu poruchu.

Efektivita jednotlivých AAP pri liečbe schizofrénnej symptomatiky je porovnateľná, rozdiely sú v nežiaducich účinkoch – podľa toho individuálny výber pre konkrétneho pacienta. Pri afektívnom komponente je efektivita jednotlivých AAP pri liečbe F25 podľa doposiaľ zistených údajov ot-

vorená. Poznáme overené použitie konkrétnych AAP pri bipolárnej depresii, mánií aj ich profylaxii. Použitie AAP pre afektívnu zložku F25 zostáva neoverené. Podľa terapeutických odporúčaní pre bipolárnu afektívnu poruchu (1, 4, 5, 12) možno pre F25 len predpokladať vhodné terapeutické kroky. Pre liečbu bipolárnej depresie sú z atypických antipsychotík vhodné kvetiapín v monoterapii a kombinácia olanzapín + fluoxetín; pre liečbu mánie/zmiešaného afektívneho stavu risperidón, olanzapín, kvetiapín, aripiprazol, ziprasidón; a pre tymoprofylaxiu olanzapín a aripiprazol (1, 4, 5, 12). Uvedené AAP majú pozitívne RCT štúdie pre liečbu porúch nálady len pri F31 (ale nie pri F25!!!). Pre ostatné AAP (najmä v indikácii tymoprofylaktika a antidepresíva v monoterapii) neboli štúdie pre F31 zatiaľ realizované, takže ich účinnosť/neúčinnosť nie je overená, ale možno ju predpokladať.

Atypické antipsychotiká sú pri liečbe schizofrénie v porovnaní s klasickými antipsychotikami efektívnejšie pri negatívnej, afektívnej a kognitívnej symptomatike a zároveň sú lepšie tolerované. Preto pri liečbe F25 sú AAP uprednostňované pred klasickými antipsychotikami (2, 13, 15, 17). U nás k registrovaným AAP patria olanzapín, kvetiapín, klopazín, risperidón, ziprasidón, sertindol, aripiprazol, amisulprid, zotepín. Použitie antipsychotika pri liečbe schizoafektívnej poruchy je „paušálne“. Tymostabilizátory a antidepresíva sa kombinujú s antipsychotikami pri F25 často, no tieto kombinácie nemusia byť rutinné, obzvlášť pri použití AAP (13). Potrebné je zvažovať riziko indukcie mánie antidepresívnou medikáciou. Lítium má pravdepodobne menšiu účinnosť pri F25 ako pri bipolárnej afektívnej poruche – obzvlášť pri schizodepresii.

Liečba schizodepresie: obvykle AAP v monoterapii alebo antipsychotikum v kombinácii s antidepresívami (8, 9, 13, 15) (obvykle SSRI a novšie AD) a/alebo tymostabilizátormi. Ak uvedené zostane bez efektu, skúsiť TCA (najvyššie riziko prešmyku do mánie) a ECT (13).

Liečba schizománie: obvykle AAP v monoterapii alebo antipsychotikum v kombinácii s tymostabilizátorom (kys. valproová, lítium; karbamazepín – nežiaduce účinky + interakcie!!!) (2, 3, 9, 15, 17).

V profylaxii schizoafektívnej poruchy sa používajú vyššie uvedené lieky.

Psychoterapia schizoafektívnej poruchy: je samozrejmosťou súčasťou celkovej liečby. Podobne ako pri farmakoterapii – pre psychoterapiu F25 niet kontrolovaných štúdií. Využíva skôr psychoterapeutické postupy špecifické pre schizofréniu, no podľa individuálneho posúdenia pacienta – jeho schopností a prevahy klinického obrazu je možné zakomponovať aj časti terapie bipolárnej poruchy (majú RCT pre F31) – štruktúru

spánku/ bdenia, denných aktivít, včasnú detekciu varovných symptómov, kognitívne behaviorálnu liečbu, či už zameranú na afektívny alebo schizofrénny komponent, prácu s príbuznými, edukáciu pacienta a príbuzných, prácu s expressed emotions, tréning sociálnych zručností, pobyty v dennom stacionári, rehabilitáciu a resocializáciu.

Literatúra

1. American Psychiatric Association (APA): Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder. Second edition 2002; Guideline watch 2005.
2. Bazire S. Psychotropic drug directory. Fivepin Limited, Salisbury, Wilts Wilts, UK 2005.
3. Benkert O, Hippert H. Príručka psychiatrickej farmakoterapie. Trenčín: Vydavateľstvo F 2002.
4. British Association for Psychofarmacology (BAP): Evidence – based guidelines for treating bipolar disorder: recommendations from the British Association for Psychofarmacology. 2003.
5. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT): Guidelines for the management of patients with bipolar disorder: consensus and controversies – 2005; update 2007.
6. Ghaemi et al. The diagnostic guidelines for bipolar disorder: a summary of the International Society for Bipolar Disorder (ISBD). 2008.
7. Harrow M et al. Ten-year outcome: patients with schizoaffective disorders, schizophrenia, affective disorders and mood-incongruent psychotic symptoms. Br J Psychiatry 2000; 177: 421–426.
8. Izáková L. Schizoafektívna porucha – monoterapia, alebo kombinovaná liečba? Psychiatr. prax 2008; 9(2): 65–70.
9. Kolibáš E, Kořínková V. Schizofrénia a poruchy z jej okruhu. Bratislava: Asklepios 1998.
10. Marners A, et al. Bipolar I disorder with mood-incongruent psychotic symptoms. A comparative longitudinal study. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience; 259(3): 131–136.
11. Möller HJ. The forthcoming revision of the diagnostic and classificatory system: perspectives based on the European psychiatric tradition. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosc 2008; 258 (suppl 5): 7–17.
12. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE): National Clinical Practice Guideline No. 38 – Bipolar disorder. Great Britain 2006.
13. Patel, Pinals, Breier. Schizophrenia and other psychoses. In: Tasman, Kay, Lieberman, First, Maj (Eds). Psychiatry. Third ed. Chichester, West Sussex, England; Wiley-Blackwell 2008: 1201–1282.
14. Perala et al. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. Arch gen psych 2007; 64: 19–28.
15. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan-Sadock's synopsis of psychiatry. 10. edition. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins 2007.
16. Smolík P. Duševní a behaviorální poruchy. 2. rozšírené vydanie. Praha: Maxdorf Jessenius 2002.
17. Švestka J, Grof P, Hoschl C. Tymoprofylaktika. In: Hoschl C, Libiger J, Švestka J. (Eds) Psychiatrie. Praha: Tigris 2004: 730–736.
18. American Psychiatric Association. DSM-5 Development. Schizoaffective Disorder [on-line]. Dostupné na www.dsm5.org. Updated May-17-2010.
19. Schwartz JE, Fennig S, Tanenberg-Karant M, Carlson G, Craig T, Galambos N, et al. Congruence of diagnoses 2 years after a first-admission diagnosis of psychosis. Arch Gen Psychiatry 2000; 57(6): 593–600.

MUDr. Branislav Moťovský

Psychiatrická klinika FN v Trenčíne
Legionárska 28, 911 01 Trenčín
motovskybr@stonline.sk

