

Kategorický a dimenzionálny prístup v psychiatrii

MUDr. Michal Patarák, PhD., Mgr. Ivana Květenská

II. psychiatrická klinika SZU, FNŠP F. D. Roosevelta, Banská Bystrica

Diagnostika psychických porúch sa opiera o dva do značnej miery protichodné, ale vzájomne sa dopĺňajúce prístupy: kategorický a dimenzionálny. Kategorický prístup definuje psychické poruchy prostredníctvom pevne stanovených súborov symptómov a diagnostických prahov, čo uľahčuje štandardizáciu diagnostiky a liečby – aj keď s rizikom prílišného zjednodušenia klinickej komplexnosti. Naproti tomu dimenzionálny prístup konceptualizuje psychopatológiu na základe spojitých premenných a spektier, čím umožňuje jemnejšie porozumenie symptómom, dysfunkciám a interindividuálnym rozdielom. Klinická užitočnosť každého prístupu sa líši v závislosti od kontextu, najmä vo vzťahu ku komorbidite, prahovým hodnotám pre terapeutickú intervenciu a dôsledkom pre výskum a personalizovanú starostlivosť. Integrácia oboch prístupov môže zvýšiť diagnostickú presnosť a terapeutickú citlivosť: zatiaľ čo kategorické rámce poskytujú potrebnú štruktúru, dimenzionálne modely obohacujú naše chápanie individuálnych psychopatologických profilov.

Kľúčové slová: kategorický prístup, dimenzionálny prístup, komorbidita, psychopatológia, personalizovaná liečba, diagnostické prahy

Categorical and dimensional approach in psychiatry

The diagnosis of mental disorders relies on two largely contrasting yet complementary approaches: categorical and dimensional. The categorical approach defines mental disorders through fixed sets of symptoms and diagnostic thresholds, facilitating standardization in diagnosis and treatment – albeit at the risk of oversimplifying clinical complexity. In contrast, the dimensional approach conceptualizes psychopathology along continuous variables and spectra, offering a more nuanced understanding of symptoms, dysfunctions, and interindividual variation. The clinical utility of each approach varies depending on context, particularly in relation to comorbidity, thresholds for therapeutic intervention, and implications for research and personalized care. Integrating both approaches may enhance diagnostic accuracy and therapeutic sensitivity: while categorical frameworks provide necessary structure, dimensional models enrich our grasp of individual psychopathological profiles.

Key words: categorical approach, dimensional approach, comorbidity, psychopathology, personalized treatment, diagnostic thresholds

Psychiatr. prax, 2025;26(2):50-53

Úvod

Psychiatria stojí na rozhraní medicínskeho prístupu s tradíciou kategorickej diagnostiky, no zároveň reflektuje psychopatológiu, ktorú nie je možné uchopiť iba prostredníctvom jednoznačných kategórií. Diagnostika psychických porúch tak neustále osciluje medzi kategorickým prístupom, ktorý pracuje s definovanými a jasne ohraničenými psychickými poruchami, a dimenzionálnym prístupom, ktorý uprednostňuje dimenzie psychologických črt a psychopatologických príznakov. Obe paradigmy majú svoje opodstatnenie a limity, a hoci sa v prípade individuálneho pacienta prelínajú, niekedy ponúkajú zásadne odlišný pohľad na jeho problémy a ťažkosti. V ďalšom texte zdôrazňujeme ich vzájomné kontrasty, čo môže miestami pôsobiť rozporuplne, ale práve takýto spôsob ich ozrejmenia považujeme za klinicky užitočný. V skutočnosti totiž nejde o paradigmy, ktoré by sa neprepájali. Kategorický prístup je schopný do seba inkorporovať dimenzionálne

prvky, napríklad odstupňovať psychickú poruchu podľa závažnosti na základe zvolených prahov, dimenzionálny prístup je zas schopný rozkladu do kategórií, keďže určité štádiá alebo javy si vyžadujú kategorické prahy aj v dimenzionálnom prístupe. Vzhľadom na viacznačný význam používania termínu „dimenzia“ (1) je vhodné odlišovať dimenzionálny koncept a koncept kontinua, ktoré však v článku spoločne zahŕňame pod dimenzionálny prístup, odlišný od kategorického. Kontinuum umožňuje kvantifikáciu syndrómov alebo stavov pomocou rozličných alebo v rôznej miere vyjadrených symptómov na spojitý škále. Označuje spektrum psychických stavov alebo javov, ktoré do seba plynulo prechádzajú. Dimenzia je empiricky a psychometricky odlišiteľná zložka psychopatológie. Napríklad k výsledkom Beckovho dotazníka depresie pristupujeme ako ku kontinuu: čím viac depresívnych symptómov pacient uvedie, tým závažnejšia je jeho depresia. Nezohľadňuje sa fakt, že jednotlivé symptómy sú kvalitatívne od-

lišné. Dimenzia je ponímanie depresie ako samostatnej zložky psychopatológie s určitými kvalitatívnymi znakmi, odlišiteľnej od iných zložiek, napríklad od úzkosti. Pacientovi, ktorý má určitú sumu symptómov na depresívnom kontinuu, respektíve u ktorého sa vyskytuje depresívna dimenzia, ešte nemusí byť kategoricky diagnostikovaná depresívna epizóda alebo depresívna porucha.

Psychické poruchy: kategórie alebo kontinua?

Kategorický prístup, tak ako ho poznáme z klasifikačných systémov, definuje psychickú poruchu ako súbor určitých symptómov. Diagnózu je možné stanoviť, ak je v určitom čase prítomný požadovaný počet symptómov (a ak sú splnené vylučovacie a priebehové kritériá). Tento prístup vnáša do diagnostiky jasnú štruktúru, ale v praxi sa javí byť v mnohých ohľadoch problematický. Jeden z najväčších problémov je ten, že klinici nediagnostikujú psychické poruchy presne podľa počtu zachytených

Tabuľka 1. Porovnanie kategorického a dimenzionálneho prístupu

Kategorický prístup	Dimenzionálny prístup
Pracuje s konceptom psychickej poruchy, definuje ju na základe počtu určitých symptómov nutných na stanovenie diagnózy	Nepracuje s konceptom psychickej poruchy, ale symptómov, dimenzií, spektier a dysfunkcií
Umožňuje rýchlu orientáciu v pacientovom probléme	Umožňuje hlbšie a širšie porozumenie ťažkostiam pacienta (aj mimo kategóriu psychickej poruchy), je bližšie individualite človeka
Problém rôznej významnosti jednotlivých príznakov, respektíve diferenciacie na základné a ostatné príznaky	Všetky príznaky sú si navzájom rovnocenné
Konštrukt diagnózy je pragmatický, vhodný pre medicínsku konceptualizáciu, keďže je ľahko identifikovateľný, odlišiteľný a porovnateľný	Rozbor problematických symptómov a črt je personalizovaný, zohľadňuje funkčnosť a ťažkosti pacienta, ktoré sa nemusia odzrkadliť na konštrukte diagnózy
Konštrukt diagnózy nemusí zodpovedať aktuálny problém pacienta (akútna dekompenzácia stavu alebo suicidálne správanie môžu byť spôsobené inými faktormi ako exacerbáciou/relapsom psychickej poruchy)	Aktuálny problém pacienta má vždy viacero kontextov a príčin, možno ho rozložiť na viacero aspektov (dimenzií), respektíve nikdy nie je iba jedna príčina zhoršenia psychického stavu: multikausalita
Výhodnejší na ambulanciách a pohotovostiach (aj kategória NS, „non specificatus“, je v tomto zmysle vlastne výhodou)	Potenciálne výhodný vo výskumnom rámci
Výhodný pri diferenciálnej diagnostike (napríklad odlišenie psychopatológie intoxikácie látkou od syndrómu z jej odňatia, či iných medicínskych stavov)	Menej presný v diferenciálnej diagnostike psychických a iných medicínskych porúch
Všeobecnejšie uchopenie psychickej poruchy konceptualizovanej ako nozologický celok vyššej a koherentnej štruktúry, ktorý na základe polytetického prístupu nie je vôbec uniformný	Individualizovaná analýza dysfunkcií nedosahuje úroveň psychickej poruchy; diagnostika nižšej úrovne (skôr psychické dysfunkcie v pluráli ako psychická porucha v singulári)
Ateoretický deskriptivizmus bez zohľadnenia etiopatogenetických kritérií	Deskriptivizmus s možnosťou kauzalizmu, teda zohľadnenia etiopatogenézy
Tendencia k esencializmu či realizmu, hoci klinicky ide predovšetkým o pragmatický nominalizmus (máme tendenciu chápať psychické poruchy ako objektívne existujúce, ale v skutočnosti ide o pragmaticky zvolené konštrukty, ktoré nám pomáhajú v diagnostike a liečbe pacientov so psychickým utrpením)	Ne-esencializmus, klinicky užitočné dekonštruovanie kategórií (psychická porucha nemá pevný a nemenný základ, vždy je ju možné dekomponovať do rozličných dimenzií)
Rigídny, nepružný, s pevnými rámcami	Dynamický, flexibilný, pohyblivý
Nomotetický (zameraný na všeobecné zákonitosti)	Idiografický (zameraný na jednotlivý prípad)
Identifikuje základné smerovanie liečby, respektíve všeobecný charakter liečby	Identifikuje konkrétnu cestu liečby, respektíve spriechodňuje individualizovanú liečbu
Použiteľný na administratívne a úhradové účely	Nepoužiteľný na administratívne a úhradové účely
Symptómy, ktoré nespádajú do konceptu danej poruchy, interpretuje ako komorbiditu (ktorá sa môže kumulovať)	S rozličnými symptómami môže pracovať dimenzionálne (namiesto komorbidity multidimenzionalita)
Medzi poruchami by mali byť kvalitatívne rozdiely, v ideálnom prípade by sa nemali prekrývať – v skutočnosti sú poruchy arbitrárne definované a často sa prekrývajú (komorbidita je skôr pravidlom ako výnimkou)	Koncepcia príznakov, ktoré sa zhľukujú do určitých dimenzií, eliminuje problém komorbidity (avšak aj stanovenie určitých symptomatických domén a príznakových zhľukov je do istej miery arbitrárne)
Arbitrárne hranice spojitých javov sú v medicíne potrebné – stanovujú prah pre terapeutickú intervenciu	Znejasnenie hraníc v rámci dimenzií neponúka prahy pre akciu (kedy už začať liečiť a kedy ešte neliečiť?)
Vhodnejší na binárne založené algoritmicke uvažovanie v klinickej praxi	Vhodnejší na zohľadnenie špecifik pri personalizovanom uvažovaní v klinickej praxi
Liečba je založená na dôkazoch, odskúšaná na populácii rovnakej kategórie, jej účinok je dokumentovaný štúdiami na základe kategorickej klasifikácie psychických porúch	Liečba je individualizovaná, avšak nemusí mať oporu v odporúčaníach a inšitúciách, ktoré liečbu schvaľujú (navyše, terapeutický prístup k poruchám, ktoré by mohli byť zaradené do rovnakého spektra, sa môže značne odlišovať, napríklad k bipolárnej a unipolárnej depresii, ktoré dimenzionálne prístupy neodlišujú, alebo k OCD a GAD)
Výskumná výhoda – operacionalizované kritériá	Výskumná výhoda – identifikovanie subpopulácií, ktoré sa môžu inak správať a môžu odlišne reagovať i v rámci jednej a tej istej vyššej kategórie

symptómov, ale na základe klinických charakteristík alebo klinického jadra danej poruchy (2). Paradoxom celej situácie teda je, že sa kategorický prístup nevyužíva v praktickej diagnostike prísne kategoricky. Kategorický prístup je spojený aj s potenciálnymi problémami so zachytením psychickej poruchy. Napríklad pacient, ktorý trpí štyrmi symptómami depresie, akými by mohli byť strata potešenia a záujmov, pesimizmus, poruchy spánku a zníženie chuti do jedla, nemôže mať diagnostikovanú depresiu, pretože na to sú potrebné aspoň dva základné symptómy depresie (tento hypotetický prípad má iba jeden), hoci jeho fungovanie už môže byť i tak

vážne narušené. Dimenzionálny prístup by v tomto prípade umožnil opísať závažnosť jednotlivých symptómov a tak zachytiť aj medzipriestory psychopatológie, ktoré sú často klinicky významné, no neprejdú kategorickým diagnostickým filtrom. Okrem toho, keďže je schopný opísať aj psychopatológiu pod prahom kategorických diagnóz, je na základe neho možné vytvoriť multidimenzionálny obraz vulnerability danej osoby alebo v rámci prevencie identifikovať rizikové skupiny (3).

Kategorický prístup teda síce definuje psychickú poruchu, ale nedokonal, na základe arbitrárne zvoleného typu a počtu symptómov. Napríklad

symptómom depresie je často úzkosť, ktorá však nie je súčasťou kategorických diagnostických kritérií depresívnej epizódy. Nejde teda iba o podprahovosť či nadprahovosť jednotlivých symptómov, ale aj o to, že mnohé klinicky relevantné alebo subtilnejšie symptómy jednoducho nie sú v diagnostických kritériách uvedené, pretože tie majú byť stručné a jasné. Toto však môže byť základná koncepčná chyba, ktorá jednak ochudobňuje psychopatológiu, jednak negatívne ovplyvňuje našu klinickú prácu i výskum (4).

V tom, že sa niektoré symptómy nemanifestovali alebo ešte nemanifestovali hrá samozrejme rolu aj čas, pretože

pri dlhšie trvajúcej psychickej poruche môže intenzita a počet symptómov narastať. Podprahovosť určitých príznakov teda nemôžeme vnímať staticky, ale vždy v určitom časovom rámci.

Dimenzionálny prístup pracuje s do seba navzájom prechádzajúcimi spektrami, kde symptómy nestoja separátne vedľa seba, ale sú medzi nimi plynulé gradienty. Takéto prechody môžu byť aj medzi diagnostickými jednotkami. Tak môžu byť napríklad paranoja, parafrénia a paranoidná schizofrénia súčasťou jedného paranoidného spektra (5), i keď v súčasných klasifikačných systémoch už paranoja a parafrénia skutočne splynuli. Ako klinici si v tejto súvislosti musíme uvedomiť, že psychická porucha je viac ako len zoznam symptómov (6).

Heterogenita symptómov a ich trvania, ktorými sa definujú mnohé diagnózy, naznačuje, že diskretizujeme kontinuum, ktoré je ako také spojité (7). V dôsledku toho môžu byť dvaja jedinci s rovnakým symptómom, ale s malým rozdielom v jeho závažnosti, zaradení do rôznych diagnostických kategórií, a naopak, dvaja jedinci, ktorí majú dva odlišné príznaky, jeden nad a druhý pod určitým prahom, sú zaradení do jednej diagnostickej skupiny (7). Napríklad pacient s miernou nespavosťou môže byť diagnostikovaný ako depresívna epizóda, ak má ďalšie symptómy, ktoré dovoľujú túto diagnózu, a pacient so závažnou nespavosťou nemusí byť diagnostikovaný ako depresívna epizóda, pretože jeho insomnia nie je (ešte) spojená s inými, pre diagnostiku depresie nutnými príznakmi. Pacient so závažnejším prejavom jedného symptómu nedostane diagnózu, kým pacient s miernejším áno. Príkladom na druhú situáciu môžu byť dvaja jedinci, ktorí majú obaja diagnostikovanú depresívnu epizódu, každý však so značne odlišným klinickým obrazom (8). To sú niektoré z diagnostických paradoxov prahovej kategorizácie. Takto sa môžeme v záujme kategorizácie vzdávať ontológii psychických porúch, o ktorú by nám v psychiatrii a klinickej psychológii malo ísť (9), respektíve, pri konceptualizácii psychických porúch nejde iba o to, ako ich najlepšie diagnostikovať, ale aj o to, čím skutočne sú a či vôbec skutočne sú.

Kategórie a kontinúa z terapeutického pohľadu

Z praktického hľadiska je kategorický prístup veľmi užitočný v akútnych situáciách. Napríklad na ambulancii urgentného príjmu je pacient s paranoiditou a halucináciami rýchlo diagnostikovaný ako psychotická porucha a jeho liečba sa môže ihneď začať. V tomto kontexte je jasné a rýchle pomenovanie stavu nevyhnutnosťou.

V dlhodobej psychiatrickej starostlivosti alebo v psychoterapii je však rigidnosť kategórií praktickou bariérou. Pacient, ktorý má za sebou traumatickú skúsenosť, užíva psychoaktívne látky a má paranoidné symptómy, môže byť síce v akútnom stave diagnostikovaný ako psychóza a na základe toho sa mu účinne poskytne prvá pomoc, ale bez pochopenia kontextu sa v terapii tohto jedinca ďalej nepohneme. Dimenzionálny model v tomto prípade umožňuje rozložiť symptómy na spektrá, menovite traumatické či disociatívne, závislostné a paranoidné, a vytvoriť si tak komplexnejší obraz pacienta, ktorý je bližšie k jeho prežitej a žitej skúsenosti a ktorý deteguje okolnosti a faktory podieľajúce sa na vzniku jeho dysfunkcií.

Ak sa napríklad pacient s recidivujúcou depresívnou poruchou alebo poruchou príjmu potravy správa suikidálne, nemusí to znamenať, že sa zhoršila jeho kategoricky vymedzená psychická porucha. Jeho znížená schopnosť zvládať určitú záťaž, daná jeho osobnosťou a kombináciou rôznych faktorov (zvýšená impulzivnosť, afektívna labilita, škodlivé užívanie alkoholu), sa na takúto záťaž nedokáže primerane adaptovať, čo sa môže prejavovať aj skratovým konaním. Nemusí nutne ísť o relaps či dekompenzáciu, hoci kategorický model nabáda práve k takémuto chápaniu. Tieto psychopatologické nuansy skôr zachytí dimenzionálny prístup.

Komorbidita verus dimenzionalita

Jedným z najproblematickejších aspektov kategorizácie je koncept komorbidity, ktorý je mnohokrát skôr klinickou fikciou. V praxi sa napríklad pomerne bežne stretávame s pacientmi, ktorí majú súčasne depresívnu poruchu,

úzkostnú poruchu, ADHD a poruchu príjmu potravy, keďže podľa kategorického prístupu je možné všetky menované poruchy diagnostikovať súbežne. Takáto multimorbidita však môže pôsobiť fragmentárne – akoby pacientov problém pozostával z viacerých oddelených porúch, z ktorých každú je potrebné liečiť samostatne. Jeho liečba by tak mala byť združením jednotlivých liečebných postupov každej z uvedených psychických porúch, čo však nie je reálne možné.

Dimenzionálny prístup umožňuje iný výklad – všetky symptómy môžu byť prejavom spoločného súboru dysfunkcií, napríklad impulzivnosti, narušenej emocionálnej regulácie, narušených procesov odmeny a zvýšenej tendencii k úzkosti. Namiesto pridávania ďalších diagnóz sa teda klinická a tým aj terapeutická pozornosť sústreďuje na problematiku psychologické funkcie a ich narušenie. Výsledkom je zmysluplnejší klinický obraz a často aj lepšia spolupráca pacienta – keďže jeho problémy a ťažkosti neštípime, ale zjednocujeme a priradujeme určitým dysfunkciám alebo dysreguláciám, ktoré podmieňujú jeho psychopatológiu. Tá je pritom vždy skôr dimenzionálna, kategorizujeme ju len kvôli našej potrebe štruktúry, usporiadania a klasifikácie.

Štandardizácia verus individualizácia

Kategorický model prináša jednoznačnú výhodu v štandardizácii liečby. Klinické odporúčania sú totiž založené na dôkazoch, keďže účinnosť terapeutických stratégií je odskúšaná na populáciách s rovnakou diagnózou. Vychádzajúc zo skúseností môžeme povedať, že pre klinické rozhodovanie, ktoré je často binárne, je kategorický prístup vhodnejší, avšak pre vedecké skúmanie, ktoré sa upriamuje na množstvo dát, je zas vhodnejšie aplikovať dimenzionálny prístup (6).

Antidepresíva pomáhajú pri depresii a antipsychotiká redukovávajú psychotické príznaky. Ich farmakologický účinok však nemieri na kategorizovanú psychickú poruchu ako takú, ale na určité biologické dysfunkcie, ktoré sa v individuálnom prípade prejavujú súborom symptómov, dovoľujúcich diagnostikovať danú psychickú poruchu,

avšak ako také sa vyskytujú transdiagnosticky (10). Dimenzionálne modely sú týmto biologickým dysfunkciám bližšie ako kategorické diagnózy a sú sľubnejšie v integrovaní neurovedných poznatkov do psychiatrickej praxe (11). Umožňujú individualizovať liečbu, ušetriť ju na miere. Dvaja pacienti s rovnakou diagnózou totiž môžu mať výrazne odlišnú osobnosť, mieru kognitívneho deficitu, inú emocionálnu reguláciu, iný biologický základ či korelát psychickej poruchy, iný subjektívny postoj k liečbe a inú responzivitu na ňu. Individualizovaná liečba je vrcholom kreatívnej psychiatrie v tom najlepšom zmysle slova, hoci má menšiu oporu v liečebných štandardoch a úhradových mechanizmoch sprostredkovaných poisťovňami.

Prahy pre terapeutickú intervenciu

Jednou z výziev dimenzionálneho prístupu je absencia jasného prahu pre intervenciu. Kedy ešte neliečiť a kedy už začať liečiť? Pri akej závažnosti daného stavu alebo poruchy je oprávnená alebo odporúčaná farmakologická alebo psychologická liečba? Kategórie ponúkajú arbitrárnu, ale praktickú odpoveď na túto výzvu, kontinuá zas komplexnosť, avšak s implicitným rizikom nedostatočnej reaktivity. V praxi totiž môže nastať situácia, keď pacient s klinicky významnou úzkosťou nespĺňa stanovený počet symptómov generalizovanej úzkostnej poruchy, avšak prestane chodiť do práce, vyhýba sa spoločnosti alebo inak funkčne zlyháva. Kategoricky nemá diagnózu generalizovanej úzkostnej poruchy, ale z dimenzionálneho pohľadu ide o klinicky relevantný problém. Podobne

napríklad pacient s problémovým hraničným videohier nemusí spĺňať kritériá poruchy v dôsledku hrania videohier na to, aby bol jeho stav hodný klinickej pozornosti a intervencie. Mnohokrát dokonca pomáhame pacientom so závislostným správaním, ktoré nemožno priradiť k žiadnej z existujúcich, oficiálne rozpoznaných behaviorálnych závislostí, pretože ich ťažkosti sú klinicky významné, respektíve preto, že nás o to sami žiadajú. Ide teda o problém, ktorý sa otáča v kruhu. Psychické poruchy je vhodné chápať v ich multidimenzionálnej komplexnosti, avšak prahey, ktoré sú aspektom kategorizácie, sú nutné pre klinické rozhodovanie – ako také sú však vždy stanovené arbitrárne (12).

Záver

Kategorický prístup dáva diagnostike štruktúru a presnosť, ale dimenzionálny do nej vnáša psychopatológiu, fenomenológiu, komplexnosť a individualitu, respektíve ľudskosť. Článkom sme chceli poukázať na výhody i slabiny obidvoch prístupov, ktoré nie je vhodné chápať ako konkurenčné, ale skôr ako v mnohom komplementárne, vzájomne sa dopĺňajúce. Psychiater i klinický psychológ by mali, zjednodušene povedané, uvažovať kategoricky, ale liečiť dimenzionálne. Stanovená diagnóza je síce mostom k liečbe, ale nikdy by sme sa nemali zastaviť iba pri nej. V podstate to ani nie je možné, pretože by nám z nej unikol pacient. Ak je naším cieľom v hĺbke, v jedinečných kvalitách a nuansách porozumieť človeku a skutočne mu pomôcť, potrebujeme poznať a kombinovať oba diskutované prístupy, čím zároveň využijeme presnosť kategórií aj citlivosť dimenzií.

Vyhlasenie: Autori čestne vyhlasujú, že nemajú žiadny konflikt záujmov.

Literatúra

1. Hopwood CJ, Morey LC, Markon KE. What is a psychopathology dimension? Clin Psychol Rev. 2023 Dec;106:102356.
2. First MB, Rebellio TJ, Keeley JW, et al. Do mental health professionals use diagnostic classifications the way we think they do? A global survey. World Psychiatry. 2018 Jun;17(2):187-195.
3. Watts AL, Latzman RD, Boness CL, et al. New approaches to deep phenotyping in addictions. Psychol Addict Behav. 2023 May;37(3):361-375.
4. Kendler KS. The Phenomenology of Major Depression and the Representativeness and Nature of DSM Criteria. Am J Psychiatry. 2016 Aug 1;173(8):771-80.
5. Hajdúk M. Paranoja. Od psychopatológie po neurobiológiu. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, 2020; 156.
6. Aftab A, Banicki K, Ruffalo ML, et al. Psychiatric Diagnosis: A Clinical Guide to Navigating Diagnostic Pluralism. J Nerv Ment Dis. 2024 Aug 1;212(8):445-454.
7. Scott I, Nelson B. Are Psychiatric Nosologies Limiting the Success of Clinical Prediction Models? JAMA Psychiatry. 2024 Nov 1;81(11):1055-1056.
8. Zimmerman M, Ellison W, Young D, et al. How many different ways do patients meet the diagnostic criteria for major depressive disorder? Compr Psychiatry. 2015 Jan;56:29-34.
9. Hibberd FJ. What Is Scientific Definition? The Journal of Mind and Behavior, 2019;40(1):29-52.
10. Aftab A, Stein DJ. Psychopharmacology and Explanatory Pluralism. JAMA Psychiatry. 2022 Jun 1;79(6):522-523.
11. DeYoung CG, Blain SD, Latzman RD, et al. The hierarchical taxonomy of psychopathology and the search for neurobiological substrates of mental illness: A systematic review and roadmap for future research. J Psychopathol Clin Sci. 2024 Nov;133(8):697-715.
12. Clark LA, Cuthbert B, Lewis-Fernández R, et al. Three Approaches to Understanding and Classifying Mental Disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC). Psychol Sci Public Interest. 2017 Sep;18(2):72-145.

MUDr. Michal Patarák, PhD.

II. psychiatrická klinika SZU
FNsP F. D. Roosevelta
Banská Bystrica
mpatarak@nspbb.sk

