

PROBLÉM KLASIFIKÁCIE PARANOIDNÝCH STAVOV

MUDr. Ľubica Forgáčová

Psychiatrická klinika SZU, NsP Ružinov, Bratislava

Paranoidné stavy predstavujú z praktického aj teoretického hľadiska jeden z najväčších problémov psychiatrie. Termíny „paranoia“, „paranoidný stav“, „paranoidná psychóza“ či „paranoidná porucha“ sa užívajú a chápu doposiaľ nejednotne. Všeobecne možno konštatovať, že existujú tri hlavné prístupy, ktoré posudzujú nozologický status paranoidných stavov: 1. paranoidné stavy predstavujú samostatnú nozologickú entitu, 2. paranoidné stavy predstavujú variantu schizofrénie a 3. paranoidné stavy sú formou afektívnej poruchy. Nejasnosti ohľadne koncepcie paranoidných stavov sa prejavili aj pri ich zatriedovaní v rámci klasifikačných systémov duševných porúch.

Kľúčové slová: paranoidné stavy, paranoia, klasifikácia DSM, klasifikácia ICD.

PROBLEM OF THE CLASSIFICATION OF PARANOID STATES

Paranoid states represent one of the biggest problem of practical and theoretical psychiatry. The terms “paranoia”, “paranoid state” “paranoid psychosis” have been the objects of much controversy in particular because the adjective “paranoid” has had multiple different meanings. The nosological status of these states is still uncertain. There are three main attitudes towards the paranoid states: 1. paranoid states represent an independent nosological entity, 2. paranoid states represent a variation of schizophrenia, 3. paranoid states are a form of affective disorders. The conceptual problems of paranoid states influence the way of their classification in classification systems of mental disorders.

Key words: paranoid states, paranoia, classification system DSM, classification system ICD.

Úvod

V klinickej praxi sa stretávame s prípadmi, ktoré sa vyznačujú prítomnosťou bludov a relatívnou absenciou ďalších psychopatologických príznakov. Pre tieto prípady sa ujal mnoho synonymických označení, napríklad: paranoidné psychózy, paranoidné stavy, paranoia, monománia, delires chroniques paranoiaques a ďalšie. Od r. 1987 sa v súvislosti so zavedením klasifikácie duševných porúch DSM-III-R presadzuje termín „porucha s bludmi“. Tento termín má poukazovať na najdôležitejší psychopatologický znak poruchy – prítomnosť bludov (39).

Krátky prehľad starších názorov na paranoidné stavy

Termín „paranoia“ (v preklade „mimo seba“) prví použili ešte v dobách antických Gréci a označovali ním stavy demencie alebo šialenstva. Termín postupne, na celé stáročia upadol do zabudnutia, až kým ho znovu nepoužil v 18. storočí Samuel Gottlob Vogel a po ňom ďalší nemeckí lekári, Kahlbaum a na prelome storočí Heinroth na označenie poruchy, ktorá sa prejavovala bludmi, poruchou nálady a vôle (39). Kraepelin (25) v 6. vydaní svojej učebnice rozlišoval tri typy psychóz: manicko-depresívne šialenstvo, predčasnú demenciu a paranoiu. Paranoiu považoval za samostatnú duševnú chorobu, ktorá sa vyskytuje vzácnne, rozvíja sa „z vnútorných príčin“ a prejavuje pevným bludným systémom s hlbokým presvedčením a jasnou myslou. Okrem prítomnosti typickej charakterovej štruktúry (stenické a astenické rysy) predpokladal pri vzniku paranoie aj účasť ďalšej dispozície, tzv. nevyvinutého (nezrelého) myslenia (12).

Ďalší z klasikov nemeckej psychiatrie, Bleuler (6), usudzoval, že paranoia, tak ako ju popísal Kraepelin, je natoľko vzácna, že je zbytočné vyčleňovať

ju ako samostatnú chorobu. Bleulerova koncepcia podnietila tendencie zahrňovať paranoidné stavy medzi schizofrénie.

Kretschmer (26) zastával názor o reaktívnom pôvode tejto choroby a postuloval nutné podmienky (trias) potrebné na vznik ochorenia: vlastnosti osobnosti (astenické rysy), faktory prostredia a kľúčový zážitok. Ak sú splnené uvedené podmienky, postupne sa vyvíja senzitivný blud vzťahovosti. Na tejto báze sa pohybovali aj psychoanalyticky orientovaní psychiatri (13, 17), títo sa však sústreďovali hlavne na výklad vzájomného vzťahu medzi osobnosťou a vznikom bludov, pričom zdôrazňovali najmä účasť psychologických defenzívnych mechanizmov.

Originálne názory na klasifikáciu paranoidných stavov zastávala francúzska psychiatria. Tradične odčleňovala od schizofrénie prípady označované ako delires chroniques (chronické bludové stavy), ktoré ďalej členila na tri kategórie: chronické interpretatívne psychózy, chronické halucinatórne psychózy a chronické imaginatívne (fantastické alebo parafrenické) psychózy (27, 36).

Súčasná koncepcie

Predmetom diskusie ohľadom paranoidných stavov je ich nozologická samostatnosť. Na základe rozboru podrobnejších prehľadov názorov na paranoidné stavy (12, 23, 28, 29, 30, 37), možno konštatovať, že existujú tri hlavné prístupy, ktoré posudzujú nozologický status paranoidných stavov:

1. paranoidné stavy predstavujú samostatnú nozologickú entitu
2. paranoidné stavy predstavujú variant schizofrénie
3. paranoidné stavy sú formou afektívnej poruchy.

Kendler (18) realizoval validizačnú štúdiu, v ktorej vyhodnocoval viaceré parametre, napr. premorbídne charakteristiky osobnosti, vek, precipitujúce faktory, demografické ukazovatele, priebeh, odpoveď na liečbu a ďalšie. Výsledky skúmania poukázali na rozdielnosť medzi tzv. jednoduchou bludovou poruchou (zodpovedá konceptu paranoie) a schizofréniou a podporili myšlienku o dvoch samostatných entitách.

Zakrátko Kendler a Tsuang (20), Kendler a Hays (19) a Kendler so spolupracovníkmi (23, 22) na základe ďalších rodinných štúdií skúmali riziko vzniku psychickej poruchy u prvostupňových príbuzných pacientov s paranoidnou psychózou, so schizofréniou, afektívnou poruchou a paranoidnou poruchou osobnosti. Výsledky týchto štúdií poukazujú na etiologickú samostatnosť paranoidnej psychózy.

Ďalšie dôkazy, ktoré poukazujú na nezávislosť paranoie (jednoduché bludovej poruchy) od schizofrénie, prinášajú dlhodobé štúdie, v ktorých sa preukázali jednoznačné odlišnosti v priebehových charakteristikách aj v psychopatológii (33, 34, 35). Nedávno Kendler a Walsh (21) analyzovali výsledky známej Roscommonovej rodinnej štúdie a skonštatovali, že bludová porucha (podľa kritérií DSM-III-R) je pomerne vzácna, často monosymptomatická psychóza, pri ktorej sa nezistili skutočnosti, ktoré by poukazovali na jej príbuznosť so schizofréniou alebo afektívnou poruchou.

Munro a Pollock (32) predpokladajú, že paranoia má geneticky podmienený vzťah ku schizofrénii. Vychádzajú z predstavy kontinua, tzv. paranoidného spektra, kde na jednom póle je paranoia a paranoidné psychózy, v strede paranoidná schizofrénia a na druhom póle schizofrénia bez pa-

ranoidných príznakov. Dôkazom existencie kontinua má byť pozorovanie, že malý, ale významný počet prípadov paranoie prechádza do schizofrénie (30).

Úvahy o tom, že paranoidné poruchy patria do okruhu afektívnych porúch sa objavili na prelome storočia v prácach Spechta (23). V priebehu posledných 40 rokov sa zrealizovalo niekoľko významných rodinných štúdií, ktoré hypotézu o príslušnosti paranoidných stavov do okruhu afektívnych porúch nepotvrdili. Riziko vzniku afektívnej poruchy u príbuzných pacientov s bludovou poruchou a u príbuzných kontrolnej skupiny sa významnejšie neodlišovalo (1, 22).

Vlastnú koncepciu paranoidných psychóz vytvorili príslušníci tzv. viedenskej školy (4, 5). Rôzne paranoidné obrazy posudzujú na viacerých úrovniach. Na prvej úrovni sa zaznamenáva popis štruktúrnych elementov, na druhej úrovni vzťah bludného sveta k realnej skutočnosti, na tretej úrovni bludný obsah a na štvrtej vzťah k osobným syndrómom. Podľa tohoto prístupu rozlišujú niekoľko typov bludových syndrémov. Vyvíjajú sa apriórne nozologickému výkladu a v diagnostike uprednostňujú syndromologický prístup. Upozorňujú, že k porozumeniu vzniku zložitejších štruktúr, akými sú paranoidné stavy, prispieje len systematický výskum psychopatologických syndrémov. O tých prípadoch, ktoré nie je možné priradiť ani ku schizofrénii, ani k afektívnym poruchám usudzujú, že vznikajú z veľmi pestrých príčin, kde sa môžu kombinovať životné zážitky s črtami osobnosti. Predpokladajú, že niektoré z nich predstavujú samostatnú nozologickú jednotku (3, 2).

Nejasnosti ohľadne koncepcie paranoidných stavov sa prejavili aj pri zatriedovaní týchto porúch v rámci klasifikačných systémov duševných porúch.

Postavenie paranoidných stavov v klasifikáciách DSM a ICD

V prvej edícii klasifikácie Americkej psychiatrickej asociácie z r. 1952, Diagnostic and Statistical Manual I (DSM-I), bola vymedzená samostatná diagnostická kategória paranoidné reakcie, ktoré sa vyznačovali prítomnosťou perzekučných alebo expanzívnych bludov a sprievodnými príznakmi, emočnou reakciou a poruchou správania, ktoré zodpovedali obsahom bludov. Jeden z podtypov paranoidných reakcií bola paranoia (chronická porucha so systemizovanými bludmi) a druhý paranoidné stavy (akútnejšie stavy s menej systemizovanými bludmi) (7). Nasledujúca klasifikácia DSM-II (8) prevzala koncepciu z predchádzajúcej klasifikácie.

Aj v klasifikácii DSM-III (9) bolo ešte stále badať tendenciu udržať diagnostickú kategóriu paranoidných porúch. Perzekučné bludy a bludy žiarlivosti sa považovali za hlavný prejav poruchy. Kategória paranoidných porúch zahŕňala ďalšie podtypy: paranoiu, indukovanú paranoidnú poruchu (folie á deux), akútnu paranoidnú poruchu

a zvyškovú kategóriu. Prítomnosť halucinácií sa neprípúšťala.

Hranice medzi jednotlivými podtypmi určoval priebeh (akútny, chronický), hranice paranoidných porúch oproti schizofrénii ani oproti paranoidnej poruche osobnosti neboli dostatočne jasne definované, čo bolo do určitej miery podmienené limitovaným počtom štúdií (19). V ďalšom období sa postupne sumarizovali výsledky pribúdajúcich rôzne zameraných štúdií (validizačných, rodinných, dlhodobých apod.), ktoré sa stali zdrojom koncepčných zmien (22, 23).

Prelom v klasifikácii paranoidných stavov nastal v období, kedy sa do praxe zaviedla tretia, revidovaná verzia DSM-III-R (10). Zmena sa uskutočnila vo viacerých smeroch. Namiesto termínu „paranoidné poruchy“ sa zaviedol nový termín „bludová porucha“ (angl. delusional disorder). Samostatná diagnostická kategória porucha s bludmi je definovaná ako chronická porucha, pri ktorej sa manifestujú akékoľvek bludy, ktoré majú tendenciu sa organizovať do systému. Podľa obsahu bludov sa rozlišuje niekoľko podtypov poruchy (perzekučný, žiarlivostný, erotomanický, megalomanický a hypochondrický typ). Prípúšťa sa prítomnosť halucinácií, ale nemajú v klinickom obraze dominovať. Tvorovia koncepcie bludovej poruchy sa odvolávajú na pôvodný Kraepelinov koncept paranoie (18, 24).

Posledná, v súčasnosti platná klasifikácia Americkej psychiatrickej asociácie, DSM-IV (11), priniesla ďalšie, i keď nie zásadné zmeny v ponímaní bludovej poruchy. Zaviedla dichotomické kritérium bizarný/nonbizarný, ktoré má jasne odlišiť bludovú poruchu od schizofrénie (14). Ďalšie kritériá zahŕňajú nasledovné skutočnosti: chýbanie deteriorácie a akékoľvek ďalšej psychopatológie, prítomnosť halucinácií (sluchových a zrakových) sa prípúšťa, ale nesmú v klinickom obraze dominovať.

Interantional Classifications of Disease (ICD) 9. verzia zahŕňala viac kategórií paranoidných porúch ako americké klasifikácie (15). Táto klasifikácia (tak ako aj predchádzajúce ICD) pri triedení duševných porúch uplatňovala nozologický model. To znamená, že paranoidné poruchy sa nachádzali, podľa predpokladanej etiológie jednak medzi endogénnymi poruchami pod názvom paranoidné stavy, ktoré zhŕňali: paranoiu, parafrénii a indukovanú psychózu, jednak medzi reaktívnymi poruchami, kde figurovali paranoidné reakcie a akútna psychogénna paranoidná psychóza.

ICD-10 (16) sa od predchádzajúcej ICD-9 principiálne odlišuje. Pod vplyvom Americkej psychiatrickej asociácie prevzala pri triedení du-

ševných porúch ateoretické východisko. Jednotlivé diagnostické kategórie sú zatriedované na základe vonkajšej podobnosti klinických obrazov, pre ktoré sa stanovujú diagnostické kritériá.

Klasifikácia ICD-10 sa od klasifikácie DSM-IV odlišuje len nepatrne, rozdielnosti nie sú principiálneho charakteru. V sekcii F20–29 sa nachádza kategória trvalá porucha s bludmi (bludová porucha) spolu s ďalšími kategóriami: schizofréniou, schizotypovou poruchou a indukovanou poruchou s bludmi. Podľa diagnostického usmernenia sa trvalá porucha s bludmi vyznačuje prítomnosťou bludov, ktoré sú skôr osobné ako subkulturálne. Musia byť prítomné najmenej tri mesiace. Porucha nálady sa prípúšťa, ale len za predpokladu, že blud trvá aj v období, kedy porucha nálady nie je prítomná. Zahŕňa: paranoiu, paranoidnú psychózu, paranoidný stav, neskorú parafrénii a senzitivný vývoj bludu (16). Ide teda o značne heterogénnu skupinu ochorení, pri ktorých nie je vyjasnený vzťah k osobnostným charakteristikám, k životným udalostiam ani genetickým dispozíciám (36, 38).

Munro (31) upozorňuje na významné klinické charakteristiky poruchy, ktoré sa v nových klasifikáciách dostatočne nezdôrazňujú: prítomnosť vysokoorganizovaného logicky skĺbeného bludného systému, ktorý je oddeliteľný od normálneho fungovania osobnosti („opúzdrenosť“ bludného systému) a typické striedanie normálnych a chorobných prejavov u postihnutých jedincov („prešmyky“), ktoré sa uskutočňujú spontánne alebo po provokácii. Ďalej poukazuje na nutnosť v rámci diagnostického procesu posudzovať predovšetkým formu bludu (úroveň systemizácie a skĺbenosť) a nie iba obsah bludu, ktorý môže byť podkladom pre rozlišovanie podtypov poruchy, nie však kritériom pre stanovenie primárnej diagnózy.

Záver

Na záver možno zhrnúť niekoľko významných skutočností. Problém klasifikácie paranoidných stavov má dlhú históriu. Predmetom diskusií ostáva naďalej otázka nozologickej príslušnosti uvedených stavov. Východiskom sa v súčasnosti stáva prístup Americkej psychiatrickej asociácie, ktorý sa odrazil v praktickicky zameraných ateoretických klasifikáciách DSM-III-R (1987), DSM-IV (1994) a v ICD-10 (1992), v ktorých sa na základe konsenzu odborníkov vytvorila samostatná diagnostická kategória – porucha s bludmi. V poslednom období však pribúdajú kritické práce, ktoré upozorňujú na fakt, že bude potrebné doplniť charakteristiku poruchy ďalšími relevantnými klinickými znakmi.

Literatúra

1. Andreasen N, Endicott J, Spitzer RL. The family history method using diagnostic criteria: reliability and validity. *Arch. Gen. Psychiatry*, 34, 1977; 34: 1220–1235.
2. Berner P. Course and Outcome of Paranoid Psychoses. *Current Opinion in Psychiatry*, 1999; 12 (Suppl. 1): 69.
3. Berner P, Katschnig H. Principles of „multiaxial“ classification in psychiatry as basis of modern methodology. In: Helgason W. (eds.) *Methods in evaluation of psychiatric treatment*. Cambridge University Press, Cambridge 1983.
4. Berner P, Gabriel E, Kieffer W, Schanda H. Paranoid psychoses. New aspects of classification and prognosis coming from Vienna research group. *Psychopatologie*, 19, 1986; 19: 16–29.

5. Berner P, Gabriel E, Katschnig H, Kieffer W, et al. Diagnostic criteria for Functional psychoses. Cambridge University Press. Cambridge 1992.
6. Bleuler E. Dementia praecox or the group of schizophrenias (trans. J. Ainkia). International Universities Press, New York 1950.
7. DSM-I. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual, 1st edition, Washington, APA, 1952.
8. DSM-II. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual, 2nd edition, Washington, D.C. APA, 1968.
9. DSM-III. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual, 3rd edition, Washington, D.C. APA, 1980.
10. DSM-III-R. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd edn., revised, Washington, DC. APA, 1987.
11. DSM-IV. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual, 4th edition, Washington, D.C. APA, 1994.
12. Fleischer J. Vývoj názorov na paranoidné stavy (1989). Klinicko – psychopatologické problémy. Bratislava, Psychiatrická klinika LFUK a FN, Lundbeck 1997: 62–72.
13. Freud Z. Psychoanalytické poznámky k autobiograficky popísanému prípadu paranoie – 1911. Psychoanalytické chorobopisy. Danubiaprint, š.p. Bratislava 1994.
14. Goldman D, Hien D, Haas GL, et al. Bizarre Delusions and DSM-III-R schizofrenia. Am. J. Psychiatry, 1992; 149: 494–499.
15. ICD-9. World Health Organization, WHO: International Classifications of Diseases (ed 9), Geneva WHO 1978.
16. ICD-10. World Health Organization, WHO: International Classifications of Diseases (ed 10), Geneva 1992.
17. Katan M. The non-psychotic part of the personality in schizofrenia. International Journal of Psychoanalysis, 1954; 35: 119–127.
18. Kendler KS. The nosologic validity of paranoia (Simple Delusional Disorder). Arch. Gen. Psychiatry, 1980; 37: 699–706.
19. Kendler KS, Hays P. Paranoid psychosis (delusional disorder) in schizofrenia. Arch. Gen. Psychiatry, 1981; 38: 547–554.
20. Kendler KS, Tsuang MT. Nosology of paranoid schizofrenia and other paranoid psychoses. Schizofren. Bull., 1981; 7: 594–610.
21. Kendler KS, Walsh D. Schizofreniform disorder, delusional disorder and psychotic disorder not otherwise specified: clinical features, outcome and familial psychopathology. Acta psychiatr. Scand., 1995; 91: 370–378.
22. Kendler KS, Gruenberg, AM, Tsuang MT. A DSM-III family study of the non-schizofrenic psychotic disorders. Am. J. Psychiatry, 1986; 143: 1098–1105.
23. Kendler KS, Masterson CC, Davis KL. Psychiatric illness in first degree relatives of patients with paranoid psychosis, schizofrenia and medical illness. Br. J. Psychiatry, 1985; 147: 524–531.
24. Kendler KS, Spitzer RL, Williams JBW. Psychotic Disorders in DSM-III-R. Am. J. Psychiatry, 1989; 146: 953–962.
25. Kraepelin E. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte, 6th edn. Barth, Leipzig 1899.
26. Kretschmer E. Der sensitive Beziehungswahn. Springer-Verlag, Berlin 1918.
27. Lewis A. Paranoia and paranoid: historical perspective. Psychol. Med., 1970; 1: 2–12.
28. Manschreck TC. Delusional Disorder. The recognition and management of paranoia. J. Clin. Psychiatry, 1996; 57 (Suppl. 3): 32–38.
29. Munro A. Paranoia revisited. Br. J. Psychiatry, 1982; 141: 344–349.
30. Munro A. Delusional (Paranoid) disorders: Etiologic and taxonomic considerations. I. The possible significance of Organic Brain factors in etiology of delusional disorders. Can. J. Psychiatry, 1988; 33: 171–174.
31. Munro A. Persistent delusional symptoms and disorders. In: Gelder MG, Lopez-Ibor JJ Jr., Andreasen (eds.). New Oxford Textbook of Psychiatry. N. vol. 1, Oxford University Press 2000, 651–676.
32. Munro A, Pollock BG. Monosymptomatic psychoses which progress to schizofrenia. J. Clin. Psychiatry, 1981; 42: 474–476.
33. Opjordsmen S. Delusional disorders. I. Comparative long-term outcome. Acta Psychiatr. Scand., 1989a; 80: 603–612.
34. Opjordsmen S. Delusional disorders. II. Predictor analysis of long-term outcome. Acta Psychiatr. Scand., 1989b; 80: 613–619.
35. Opjordsmen S, Retterstol N. Delusional disorder: the predictive validity of the concept. Acta Psychiatr. Scand., 1991; 84: 250–254.
36. Pull CB. Atypical Psychotic Disorders. In: Hirsch SR, Weinberger DR (eds.) Schizofrenia. Oxford, England Blackwell Science 1995: 58–72.
37. Schwartz DA. A review of the „paranoid concept“. Arch. gen. Psychiatry, 1963; 8: 349–358.
38. Stephens JH, Richard P, McHugh PR. Long-Term follow-up of patient with a diagnosis of paranoid state and hospitalized, 1913–1940. J. Nerv. Ment. Dis., 2000; 188: 202–208.
39. Winokur G. Delusional disorder (paranoia). Compr. Psychiatry, 1977; 185: 511–521.

Akcie Sekcie detskej a dorastovej psychiatrie PS SLS plánované na rok 2004

1. Blok prednášok s pedopsychiatrickou tématikou na VI. slovenskom psychiatrickom zjazde: „Hraničné stavy v pedopsychiatrii“

Kontaktná osoba: MUDr. Ján Šuba
Klinika detskej psychiatrie DFNSP a LFUK
Limbova 1, 833 40 Bratislava
Tel.: 02/54788127
subajan2002@post.sk, subajan@nexta.sk

2. celoslovenská vedecká pracovná chôdza PS SLS s témou:

„Emočné a afektívne poruchy v detskom a adolescentnom veku“

Košická Belá
24.–26. September 2004
Kontaktná osoba:
MUDr. Terézia Rosenbergerová
Detská psychiatrická ambulancia,
Trieda SNP 1, 040 11 Košice

INFORMÁCIE