

Klasyfikacja zaburzeń psychicznych: prostszy system w DSM-V i ICD-11

David Goldberg

Adv. Psychiatr. Treat. 2010 16: 14-19

W artykule zaproponowano uproszczenie struktury rozdziałów aktualnych klasyfikacji zaburzeń psychicznych, która sprzyja niepotrzebnemu oszacowywaniu współchorobowości, a jako kryterium grupowania zaburzeń przyjmuje przede wszystkim podobieństwo objawów. Zaproponowano prostszy system, uwzględniający ostatnie odkrycia dotyczące etiologii. Obecnie nie ma prostego rozwiązania problemów wynikających ze struktury klasyfikacji. Omówiono zalety i ograniczenia zmiany podejścia do diagnostyki.

W czasie, kiedy trwa opracowywanie kolejnych wydań najważniejszych klasyfikacji zaburzeń psychicznych (ICD opracowanej przez WHO i DSM stworzonej przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne), pora zapytać, czy całościowa struktura tych klasyfikacji odzwierciedla wiedzę na temat zaburzeń psychicznych, zdobytą dzięki badaniom naukowym przeprowadzonym od czasu ich poprzedniej rewizji? Czy na podstawie poszerzającej się wiedzy na temat etiologii nie jest możliwe pogrupowanie zaburzeń psychicznych za pomocą mniejszej liczby kategorii?

Do kolejnych wydań obu najważniejszych klasyfikacji dodawanych jest coraz więcej oddzielnych kategorii, rzadko jednak usuwane są już funkcjonujące. Zatem drugi, odrębny problem polega na tym, czy należy pozwolić, aby kolejne klasyfikacje stawały się coraz bardziej złożone wskutek dołączenia nowych zaburzeń do listy, którą osoby niezajmujące się zdrowiem psychicznym uważają już za niezwykle skomplikowaną.

Modele klasyfikacyjne

Obróńcy modelu ściśle kategorialnego argumentują, że zaburzenia psychiczne można podzielić na zbiór odrębnych zaburzeń, złożony z elementów, które są wzajemnie rozłączne, a w sumie stanowią wyczerpującą całość. Niestety, to pozornie proste wymaganie jest niemożliwe do spełnienia, ponieważ różne zespoły zaburzeń w dużym stopniu nakładają się na siebie (np., Kessler^{1,2}). Są trzy możliwe rozwiązania tego

problemu: kategorie hierarchiczne, wiele kategorii współwystępujących i postrzeganie zaburzenia w postaci wymiarów.

W pierwszym modelu zaburzenia są uporządkowane hierarchicznie. Na szczycie znajdują się zaburzenia organiczne, następnie duże psychozy, zaś na samym dole nerwice i zaburzenia osobowości. Choremu przypisywany jest najwyższy szczebel w hierarchii zaburzeń. Na każdym z wyższych etapów możliwe są rozpoznania niższego rzędu – w ten sposób zaburzenia afektywne dwubiegunowe i schizofrenia są wyżej w hierarchii niż takie zaburzenia, jak epizod depresyjny i napady paniki, natomiast zaburzenia organiczne wyżej niż psychozy.^{3,4} Ten model opiera się na jasnym rozróżnieniu między psychozami a nerwicami i nie uwzględnia sytuacji, w której objawy niższego rzędu nie zawsze występują.

Model hierarchiczny zaczął być modyfikowany w poprawionej wersji DSM-III⁵ i został w dużej mierze pominięty w DSM-IV,⁶ w którym zwyciężyła popularna tendencja do równoczesnego stawiania wielu rozpoznań, zaliczanych do różnych kategorii. System DSM składa się z szesnastu (tab. 1), a ICD z dziesięciu rozdziałów (tab. 2). Głównym kryterium zaliczania zaburzeń do jednego rozdziału jest podobieństwo objawów. Wadą tego modelu jest brak górnej granicy liczby możliwych kategorii. Czasami dodatkowy objaw wyzwala nowe pojęcie, np. nawracające wspomnienia (flashback) po urazowym przeżyciu odróżniają zaburzenie stresowe pourazowe (PTSD) od depresji lękowej, mimo że w obydwu zaburzeniach występuje ten sam podstawowy zestaw objawów. Stosuje się również od-

Sir David Goldberg jest emerytowanym profesorem i członkiem King's College London. Swoją pracę zawodową poświęcił poprawie jakości nauczania umiejętności psychologicznych wśród lekarzy wszystkich specjalności oraz poprawie jakości opieki nad osobami z poważnymi zaburzeniami psychicznymi. Po ukończeniu specjalizacji w psychiatrii w Maudsley Hospital przeprowadził się do Manchesteru, gdzie przez 24 lata kierował oddziałem psychiatrii i nauk behawioralnych. W 1993 roku powrócił do Maudsley jako profesor psychiatrii i kierownik badań i rozwoju.

Adres do korespondencji: Professor Sir David Goldberg, Institute of Psychiatry, King's College London, De Crespigny Park, London SE5 8AF, Wielka Brytania;

e-mail: David.Goldberg@iop.kcl.ac.uk

Konflikt interesów: brak.

rębne kategorie w przypadku różnych etiologii (np. depresja poporodowa) lub różnego stopnia przewlekłości (np. dystymia). Dlatego obydwie oficjalne klasyfikacje wraz z upływem czasu stają się coraz obszerniejsze.

Trzeci model zakłada, że zaburzenia psychiczne mają wewnętrzną strukturę, którą można opisać w postaci wymiarów. Jego zwolennicy argumentują, że próby ustalenia kategorii w oderwaniu od przestrzeni objawowej nieuchronnie prowadzą do błędzenia we mgle. To podejście ma jednak dwie wady. Po pierwsze, nie uzgodniono liczby potrzebnych wymiarów, a po drugie – dla każdego wymiaru konieczne jest zdefiniowanie punktu, w którym pojawiają się korzyści z zastosowania leczenia, co oznaczałoby, rzeczywiście mgliste nakreślenie granicy.

W jaki sposób klasyfikacje mogłyby stać się bardziej racjonalne?

W ciągu ostatnich 15 lat dokonał się niezwykle postęp w rozumieniu genetycznego podłoża zaburzeń psychicznych i poznawania czynników środowiskowych, które promują ekspresję genów; w dokumentowaniu zaburzeń funkcji mózgu, a także w poznaniu epidemiologii i zaburzeń rozwojowych. Celem tego artykułu jest postawienie pytania, czy te odkrycia mogą nie nałożyć pewnych naturalnych granic na charakter systemu klasyfikacyjnego, dzięki czemu mogłyby powstać prostsze klasyfikacje zamiast coraz bardziej złożonych.

Prostsza alternatywa

Task Force, grupa odpowiedzialna za modyfikowanie klasyfikacji DSM, ustaliła ostatnio 11 związanych z etiologią kryteriów, które należałoby uwzględnić przed stworzeniem nowej kategorii:

- czynniki genetyczne,
- występowanie rodzinne,
- wcześnie działające niekorzystne czynniki środowiskowe,
- uwarunkowania temperamentalne,
- podłoże neuronalne,
- biomarkery,
- procesy poznawcze i emocjonalne,
- różnice i podobieństwa w symptomatologii,
- współchorobowość,
- przebieg,
- leczenie.

Korzystając z tych kryteriów, zaproponowano prostszy model klasyfikacji, w którym wyszczególniono większe grupy zaburzeń, właściwie całkiem podobnych, biorąc pod uwagę tych 11 kryteriów.⁷ Zaproponowano, że prawdopodobnie praktycznie byłoby, aby 16 rozdziałów DSM i 10 rozdziałów ICD podzielić na mniejszą liczbę dużych grup:

- zaburzenia neuropoznawcze,
- zaburzenia neurorozwojowe,
- psychozy,

- zaburzenia emocjonalne,
- zaburzenia eksternalizacyjne.

Jest jeszcze kolejna grupa, zaburzeń funkcji organizmu (np. odżywiania, snu i funkcji seksualnych), w przypadku których współczesna wiedza jest niewystarczająca do opracowania jednoznacznych zaleceń dotyczących ich klasyfikowania. Nie uwzględniono również zaburzeń osobowości, jedynie zwrócono uwagę na znaczenie niektórych zaburzeń osobowości w determinowaniu podatności na dwie ostatnie grupy zaburzeń.

Niektóre z tych grup, jak zaburzenia neuropoznawcze⁸ i zaburzenia funkcji organizmu, są już znane; podczas gdy inne, w tym zaburzenia neurorozwojowe⁹ i psychozy,¹⁰ zawierają pewne nowe pozycje. Natomiast dwie ostatnie grupy – zaburzenia eksternalizacyjne¹¹ i emocjonalne¹² – są stosunkowo nowe. Te ostatnie grupy zwracają szczególną uwagę na zaburzenia osobowości, które charakteryzują się większą podatnością na wystąpienie zaliczanych do nich zaburzeń, oraz na typowe konstelacje współchorobowości ustalone na podstawie badań epidemiologicznych (np. Kessler,¹ Vollebergh,¹³ Andrews,¹⁴).

Zaburzenia eksternalizacyjne obejmują uzależnienie od alkoholu i substancji psychoaktywnych oraz osobowość społeczną i zaburzenia zachowania. Charakteryzuje je osiowa rola odhamowanej osobowości. Ten typ osobowości jest również czasami opisywany jako mający niewiele ograniczeń. Dodatkowymi dowodami przemawiającymi za zasadnością traktowania

Tabela 1. Rozdziały DSM-IV⁶

1. Zaburzenia przeważnie rozpoznawane po raz pierwszy w okresie niemowlęcym, dzieciństwie lub okresie dojrzewania.
2. Zaburzenia świadomości (majaczenia), ośpienie, zespoły amnestyczne i inne zaburzenia funkcji poznawczych.
3. Zaburzenia psychiczne spowodowane schorzeniami somatycznymi i nie sprecyzowane nigdzie indziej.
4. Zaburzenia związane ze stosowaniem substancji psychoaktywnych.
5. Schizofrenia i inne zaburzenia psychotyczne.
6. Zaburzenia nastroju.
7. Zaburzenia lękowe.
8. Zaburzenia pod postacią somatyczną.
9. Zaburzenia symulowane.
10. Zaburzenia dysocjacyjne.
11. Zaburzenia seksualne i zaburzenia identyfikacji płciowej.
12. Zaburzenia odżywiania.
13. Zaburzenia snu.
14. Zaburzenia kontroli impulsów nie sklasyfikowane nigdzie indziej.
15. Zaburzenia adaptacyjne.
16. Zaburzenia osobowości.

(American Psychiatric Association, 1994)

zaburzeń eksternalizacyjnych jako jednej grupy są: wspólne biomarkery, współchorobowość i przebieg.¹¹

Zaburzenia emocjonalne (zwane także internalizacyjnymi) są największą grupą częstych zaburzeń psychicznych. Obejmują stany związane z dużym nasileniem lęku, depresji, strachu i objawów somatycznych. Zalicza się do nich uogólnione zaburzenie lękowe, depresję nawracającą (zaburzenie afektywne jednobiegunowe), zaburzenie lękowe z napadami paniki, zaburzenia lękowe typu fobii, zaburzenia obsesyjne, dystymię, neurastenię, zaburzenie stresowe pourazowe i zaburzenia pod postacią somatyczną. W ośrodkach medycyny ogólnej często spotykane są zaburzenia depresyjne, lękowe i pod postacią somatyczną, które mogą współwystępować i mają wiele wspólnych cech.^{12,15}

Zaburzenia emocjonalne mają wiele wspólnych cech, takich jak stanowiące ich podłoże czynniki temperamentalne (neurotyzm i negatywny afekt) oraz współchorobowość, a także wiele wspólnych objawów. Takie same geny odpowiadają za występowanie uogólnionego zaburzenia lękowego i dużej depresji, zaś geny determinujące zaburzenia lękowe w znacznym stopniu się nakładają. Duże podobieństwa dotyczą również całościowego przebiegu i reakcji na leczenie. Dowody na temat przynależności do tej grupy zaburzeń pod postacią somatyczną i neurastenii są niepełne, ale nie ma dowodów przeczących tej przynależności, wydaje się natomiast, że nie przeprowadzono odpowiednich badań.

Są niewątpliwe różnice dotyczące kategorii dla zaburzeń eksternalizacyjnych i zaburzeń emocjonalnych zdefiniowanych w ICD i DSM. Watson i wsp.¹⁶ wykazali, że chociaż są objawy swoiste zaburzeń lękowych i depresji, to ich wspólne objawy nieswoiste w dużej mierze determinują całkowitą zmienność. Często identyfikowanym czynnikiem są negatywne emocje. Są zatem niewątpliwie objawy swoiste dla określonych rozpoznań,

ale duży częsty czynnik w postaci negatywnych emocji powoduje, że umieszczanie tych zaburzeń w odrębnych oddziałach oficjalnych klasyfikacji jest nieuzasadnione. Analogicznie jest z podobieństwami temperamentalnymi, które łączą w jedną całość różne zaburzenia lękowe.

Ograniczenia tych propozycji

Zmiany te mogą być postrzegane jedynie jako pierwszy krok w reorganizowaniu całościowej struktury klasyfikacji. Przytoczone propozycje nie obejmują całości. Brakuje również wyników badań, które mogłyby przemawiać za stworzeniem bardziej wyczerpującego systemu. Na przykład neurastenia jest częstym rozpoznaniem w wielu częściach świata, ale prawdopodobnie dlatego, że nie jest już wyróżniana w DSM, niewiele wiadomo na temat jej występowania rodzinnego, wpływu działania niekorzystnych czynników środowiskowych na wczesnym etapie życia czy podłoża neuronalnego. Podobnie wydaje się, że niewiele wiadomo na temat występowania rodzinnego czy neuronalnego podłoża zaburzeń pod postacią somatyczną. Możliwe również, że przyszłe badania poszerzą wiedzę na temat złożonego charakteru zależności między strukturą osobowości a podatnością na konkretne zespoły zaburzeń psychicznych.

Problemem jest pozbawienie psychiatrii dziecięcej w pełni wyczerpującego systemu diagnostycznego wskutek włączenia zaburzeń zachowania do grupy zaburzeń eksternalizacyjnych, a zaburzeń lękowych do zaburzeń emocjonalnych (internalizacyjnych). Zaburzenia okresu dziecięcego mogą w rzeczywistości mieć odmienne objawy w różnym wieku: na przykład zaburzenia lękowe okresu przedpokwitaniowego mogą w okresie dojrzewania przechodzić w epizod depresji, kiedy nastolatek konfrontuje się z dużymi problemami dotyczącymi popularności w grupie rówieśniczej, osiągnięciach szkolnych lub wyborach seksualnych. Nie występuje również liniowy związek między problemami w dzieciństwie a zaburzeniami obserwowanymi w wieku dorosłym. Zaburzenia zachowania w 7-9 r.ż. mogą być związane z większym ryzykiem rozwoju osobowości społecznej i przestępczości w młodym wieku dorosłym (21-25 lat), ale również z problemami w związkach seksualnych i partnerskich (w tym z przemocą domową), wczesnym rodzicielstwem, zwiększonym ryzykiem nadużywania substancji psychoaktywnych, zaburzeniami nastroju i zaburzeniami lękowymi oraz próbami samobójczymi.¹⁷ W badaniu Dunedin wykazano na przykład, że zaburzenia zachowania w 11-15 r.ż. były związane z podwyższonym ryzykiem wszystkich zaburzeń psychicznych u osób w wieku 26 lat, włącznie z zaburzeniami internalizacyjnymi, schizofrenią i manią, a także zaburzeniami eksternalizacyjnymi, takimi jak nadużywanie substancji psychoaktywnych.¹⁸

Przyporządkowanie zaburzeń dwubiegunowych do grupy zaburzeń psychotycznych powoduje problemy dla specjalistów zajmujących się zaburzeniami nastroju. Są niewątpliwie

Tabela 2. Rozdziały ICD-10²³

1. Zaburzenia psychiczne na podłożu organicznym, w tym objawowe.
2. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane ze stosowaniem substancji psychoaktywnych.
3. Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i zaburzenia urojeniowe.
4. Zaburzenia nastroju (afektywne).
5. Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną.
6. Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi.
7. Zaburzenia osobowości i zachowania u dorosłych.
8. Upośledzenie umysłowe.
9. Zaburzenia rozwojowe.
10. Zaburzenia zachowania i emocji o początku w dzieciństwie i okresie dojrzewania.

(World Health Organization, 1992)

argumenty przemawiające za uznaniem, że dokonane przez Kraepelina rozróżnienie między schizofrenią a zaburzeniem dwubiegunowym powinno być uznane przez umieszczenie zaburzeń dwubiegunowych w odrębnej grupie – to zagadnienie zostało dokładnie omówione w innej pracy autora.¹⁹

Zalety tych propozycji

Istnieją realne korzyści kompensujące opisane powyżej ograniczenia. Obecne propozycje w dużym stopniu uwzględniają rolę zmiennych osobowościowych w determinowaniu podatności na konkretne zaburzenia psychiczne. Tradycja postrzegania zaburzeń osobowości jako osobnej kategorii zaburzeń dodanych do całego asortymentu rozpoznań usuwa w cień tę ważną zależność. Myśląc o pożądanej przyszłości klasyfikacji zaburzeń psychicznych, można dostrzec, że grupowanie zespołów zaburzeń nie tylko na podstawie podobieństwa objawów, ale również na podstawie postępów w stale ewoluujących odkryciach naukowych dotyczących etiologii tych grup zaburzeń, co wykraczałoby poza węższe grupy rozpoznawane obecnie, ma niewątpliwie zalety.

Jeżeli lekarz nie zauważy, że chory na depresję cierpi równocześnie na chorobliwy lęk, może nie przepisać optymalnego leku psychotropowego, nie zaoferować optymalnej terapii poznawczo-behawioralnej lub, co najważniejsze, nie wyjaśnić pacjentowi charakteru dręczących go objawów, które są ignorowane przez lekarza, ponieważ nie stanowią elementu rozpoznanej kategorii zaburzeń. Niedostrzeżenie, że objawów somatycznych u chorego na depresję może prowadzić do zaniechania wyjaśnienia charakteru tych objawów, które czasem najbardziej niepokoją pacjenta. Jedynym minusem rozpoznawania „depresji lękowej” lub „depresji z objawami somatycznymi” zamiast po prostu „depresji” jest to, że lekarz musi ocenić te towarzyszące objawy, chociaż sumienny lekarz zrobi to tak czy inaczej. Obowiązujące obecnie wydanie DSM umieszcza dużą depresję, zaburzenia lękowe i zaburzenia pod postacią somatyczną w trzech różnych rozdziałach, natomiast ICD w dwóch, co stwarza konieczność jednoczesnego stawiania wielu rozpoznań. Przyczyna takiego postępowania w żadnym wypadku nie jest jasna, a te zasady diagnostyczne często są ignorowane. Dla specjalistów pracujących w szpitalach i lekarzy ogólnych zrewidowana klasyfikacja będzie stanowić uproszczenie złożonego obecnie systemu oraz zachęci lekarzy do oceny objawów lękowych i depresyjnych, niezależnie od tego, czy występują one u pacjenta z innymi objawami psychicznymi czy objawami somatycznymi o niejasnym charakterze.

Alternatywa wymiarowa

Modele wielowymiarowe pojawiały się w psychiatrii od wielu lat. W częstych zaburzeniach psychicznych wykorzystywane są skale, takie jak Symptom Checklist (SCL-90),²⁰ które dostar-

czają profilu wyników uzyskanych w wielu skalach uważanych za istotne w tych zaburzeniach. Dostępne są również ich nowoczesne odpowiedniki, takie jak Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire. Tego typu narzędzia są kwestionariuszami samooceny dostarczającymi lekarzom zakres wyników pomocny we wstępnej ocenie pacjenta. W tej ostatniej skali wykorzystywane są przeważnie pozycje typu „góra-dół” wyłonię z najważniejszych objawów na podstawie kategoryalnych kryteriów diagnostycznych DSM. Skala jest ukierunkowana na tradycyjne wskaźniki istotne w testach przesiewowych, takie jak czułość i negatywna wartość predykcyjna.

Są to jednak przykłady narzędzi wymagających papieru i ołówka, w których próbuje się przedstawić układ kategoryalny w formie wymiarowej. Osoby pragnące wprowadzić narzędzia wymiarowe do DSM mają bardziej ambitne zadanie. Mówiąc najprościej, chcą wprowadzić proste, wielopunktowe skale wymiarowe do oceny szeroko rozpowszechnionych objawów, takich jak lęk, zaburzenia snu, nadużywanie substancji oraz myśli i próby samobójcze. Chcą dokonywać takiej oceny u każdego badanego pacjenta.

Ambitniejszą alternatywą jest zachęcenie lekarzy do brania pod uwagę w istocie wymiarowego charakteru rozpoznań kategoryalnych. Przy takim rozumieniu poszczególne zaburzenia mogą być postrzegane jako wpadające w wymiar charakteryzujący się zakresem od braku objawów danego zaburzenia, przez objawy podprogowe, do łagodnych, umiarkowanych i nasilonych objawów rozpoznań kategoryalnych. Rozróżnienie między tymi stopniami nasilenia opiera się przede wszystkim na liczbie objawów. ICD-10 zbliża się obecnie do takiego sposobu myślenia w przypadku epizodu depresyjnego, natomiast DSM funkcjonuje na zasadzie „wszystko albo nic”, zgodnie z którą „masz depresję lub jej nie masz”. Nawet w przypadku stosunkowo mało skomplikowanych zaburzeń, takich jak depresja, w ten sposób nie są uwzględniane objawy lękowe, które często towarzyszą objawom depresyjnym. Dlatego konieczna może być równoczesna oddzielna ocena tych objawów, co można by było rozciągnąć również na ocenę innych zespołów objawów, np. nadmiernego skupienia na funkcjach organizmu, objawach lęku panicznego, czy objawach obsesyjnych.

W przypadku bardziej złożonych zaburzeń, takich jak schizofrenia, konieczne może być uwzględnienie wielu wymiarów do oceny potencjalnego zakresu przeżyć psychotycznych, takich jak omamy, urojenia, dezorganizacja, objawy negatywne, zaburzenia funkcji poznawczych, depresja i mania. Wymiary te stanowiłyby uzupełnienie częstych objawów, które należy oceniać we wszystkich zaburzeniach. Jeżeli te wymiary rzeczywiście stanowiłyby element przyszłych klasyfikacji, codzienna praca lekarza byłaby o wiele intensywniejsza, a korzyści z jej zwiększenia dyskusyjne. Rozpoczęłoby to pogoń za nieskończonością.

Można dokonać oczywistego rozróżnienia między przejściem od prostych kategorii typu „wszystko albo nic” do pojęć

wymiarowych i prób odzwierciedlenia złożonego charakteru zaburzeń psychicznych obszerną, wielowymiarową siecią.

Oczywiście w praktyce różni lekarze potrzebują odmiennych zestawów wymiarów, aby nadać sens swojej codziennej pracy. Pracujący w szpitalu specjalista lub lekarz ogólny będą potrzebować innych zestawów wymiarów niż psychiatra dorosłych, jeszcze innego zestawu będzie potrzebował psychiatra dziecięcy. Nie chcemy sugerować, że liczba możliwych wymiarów jest nie do ogarnięcia, a jedynie, że dla konkretnego lekarza ich zakres jest skończony.

Prosty opis głównych problemów czy wiele kategorii?

Karl Jaspers²² twierdził, że istnieją trzy podstawowe grupy zaburzeń psychicznych: znane zaburzenia somatyczne z towarzyszącymi objawami psychicznymi oraz duże psychozy, które stanowią przykłady „jednostek chorobowych”, jednak oprócz nich wyróżniał jeszcze zaburzenia psychopatyczne lub zaburzenia osobowości, które obejmowały nieprawidłowe typy osobowości i nerwice. O tej ostatniej grupie Jaspers mówił, że „nie można wytyczyć ostrej granicy między tymi typami, ani nie ma wyraźnego rozgraniczenia między tym co jest zdrowe, a co nie. Rozpoznanie pozostaje typologiczne i wielowymiarowe... włącznie z określeniem typu osobowości” (reprint 1963: str. 611).

Zdaniem autora, Jaspers prawie całkowicie miał rację. To-lerowano to, że od pewnego czasu psychologowie kliniczni do rozpoznawania zaburzeń lękowych podchodzili w sposób otwarty, rozpoznając takie połączenia, jak np. „agorafobia z napadami paniki”, „uogólnione zaburzenie lękowe z fobią społeczną, czy „fobie swoiste z napadami paniki”. Psychiatrzy wykazywali się dziwnym oporem przed podobnym postępowaniem. W sytuacjach, kiedy mieli rozpoznać „depresję lękową”, „lęk z objawami somatycznymi” czy „depresję z napadami paniki” lub „objawy somatyczne połączone z bólem”, radzili sobie przez stawianie rozpoznań z wielu kategorii. Zgodnie z tym podejściem zakłada się, że kilka całkiem różnych zaburzeń (współchorobowość) rozpoczęło się jednocześnie. Jest to proste podejście opisowe, zgodnie z którym najważniejsze objawy pacjenta są postrzegane w sposób uwzględniający duży stopień nakładania się częstych objawów, a połączenia „czystych” kategorii występują bardzo często. Na przykład Löwe i wsp.¹⁵ opisują, że u 6,6% spośród 2091 osób zgłaszających się do poradni podstawowej opieki zdrowotnej prawdopodobne było rozpoznanie depresji według testu PHQ-9, a tylko 25,7% z nich przekroczyło próg jedynie dla depresji, a pozostali również progi w testach dla uogólnionego zaburzenia lękowego i objawów somatycznych.

Obecne propozycje uwzględniają to, że z pozoru niepodobne zaburzenia mogą mieć wspólne podłoże etiologiczne, dlatego w pewnym stopniu mogą reagować na podobne strategie terapeutyczne. Nie oznacza to zaprzeczenia niewątpliwym różnicom między różnymi zaburzeniami, jeżeli występują w czystej postaci i nie towarzyszą im objawy innych zaburzeń.

Jednak gotowość również do rozpoznawania, że wiele pierwszoplanowych objawów u pacjentów może wykraczać poza wąskie granice pojedynczej kategorii, może również sugerować różne podejścia terapeutyczne.

Obecna praktyka wykorzystywania sztywnych kategorii i wielu różnych rozpoznań współlistniejących u tego samego pacjenta jest źródłem dwóch poważnych problemów dla osób zajmujących się nazewnictwem. Po pierwsze, oznacza stwierdzenie, że pacjent ma nieszczęście cierpieć jednocześnie na kilka różnych zaburzeń (co oznacza kilka jednoczesnych rozpoznań). Po drugie, wiąże się z częstym wykorzystywaniem pseudokategorii „nieopisane nigdzie indziej”, które obejmuje zaburzenia niespełniające po prostu kryteriów progu diagnostycznego. Prostym rozwiązaniem obydwu tych problemów może być opisywanie najważniejszych problemów pacjenta w prostych opisowych określeniach.

From the *Advances in psychiatric treatment* (2010), vol. 16, 14–19. Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyright © 2010, 2011 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.

Piśmiennictwo

1. Kessler R, Nelson CB, McGonagle KA, et al (1996) Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population. *Archives of General Psychiatry*; 168(suppl 30):s17–30.
2. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, et al (2005) Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*; 62:617–27.
3. Wing JK, Cooper J, Sartorius N (1974) *The Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms*. Cambridge University Press.
4. Foulds G (1976) *The Hierarchical Nature of Personal Illness*. Academic Press
5. American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd edn revised) (DSM-III-R)*. APA.
6. American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn) (DSM-IV)*. APA.
7. Andrews G, Goldberg DP, Krueger RF, et al (2009a) Exploring the feasibility of a meta-structure for DSM-V and ICD-11: could it improve utility and validity? *Psychological Medicine*; 39:1993–2000.
8. Sachdev P, Andrews G, Hobbs MJ, et al (2009) Neurocognitive disorders: cluster 1 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychological Medicine*; 39:2001–12.
9. Andrews G, Pine DS, Hobbs MJ, et al (2009b) Neurodevelopmental disorders: Cluster 2 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychological Medicine*; 39:2013–23.
10. Carpenter WT, Bustillo JR, Thaker GK, et al (2009) Psychoses: Cluster 3 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychological Medicine*; 39:2025–42.
11. Krueger RF, South SC (2009) Externalizing disorders: Cluster 5 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychological Medicine*; 39:2061–70.
12. Goldberg DP, Krueger RF, Andrews G (2009a) Emotional disorders: Cluster 4 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychological Medicine*; 39:2043–59.
13. Vollebergh WA, Iedema J, Bijl RV, et al (2001) The structure and stability of common mental disorders: the NEMESIS study. *Archives of General Psychiatry*; 58:597–603.
14. Andrews G, Anderson TM, Slade T, et al (2008) Classification of anxiety and depressive disorders. *Problems and solutions*. *Depression and Anxiety*; 25:274–81.
15. Löwe B, Spitzer RL, Williams JBW, et al (2008) Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *General Hospital Psychiatry*; 30:191–9.
16. Watson D, Clark LA, Weber K, et al (1995) Testing a tripartite model: II. Exploring the symptom structure of anxiety and depression in student, adult, and patient samples. *Journal of Abnormal Psychology*; 104:15–25.
17. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM (2005) Show me the child at seven: the consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 46:837–49.

18. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, et al (2003) Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry*; 60:709–17.
19. Goldberg DP, Andrews G, Hobbs MJ (2009b) Where should bipolar appear in the meta-structure? *Psychological Medicine*; 39:2071–81.
20. Derogatis LR, Rickels K, Rock AF (2976) The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry*; 128:280–9.
21. Zimmerman M, Mattia JI (2001) A self-report scale to help make psychiatric diagnoses. *The Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire*. *Archives of General Psychiatry*; 58:787–94.
22. Jaspers K (1923) *Allgemeine Psychopathologie* (3rd edn). Reprinted 1963 as *General Psychopathology* (trans J Hoenig, MW Hamilton). Manchester University Press.
23. World Health Organization (1992) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. WHO.

KOMENTARZ

Dr n. med. Robert Pudło

Katedra i Oddział Kliniczny
Psychiatrii w Tarnowskich Górach, ŚUM

System klasyfikacyjny porównuje się do języka umożliwiającego porozumiewanie się psychiatrów. Korzystając z tej analogii warto pamiętać, że język nie jest narzędziem całkowicie neutralnym, bo wpływa na sposób rozumienia i opisywania świata. Ubóstwo języka wymusza uproszczenie myślenia, a czasem zniekształca przekaz, co pamięta każdy, kto kiedykolwiek próbował porozumieć się w obcym, a słabo opanowanym języku. Wraz z rozwojem wiedzy o świecie język nieustannie wzbogaca się i różnicuje. Zmiany powstają na bieżąco i natychmiast wchodzą do użycia. Klasyfikacja zaburzeń jest językiem szczególnym, bo sztywnym. Jej zmiany dokonują się rzadko i wymuszają zmianę zwyczajów diagnostycznych. Ponieważ każda klasyfikacja ma względnie długi żywot, może się stać sposobem myślenia tych lekarzy, którzy rozpoczynają życie zawodowe w czasie jej obowiązywania. Goldberg wspomina też o innym znaczeniu klasyfikacji. Umieszczenie tam jakiegoś zespołu psychopatologicznego otwiera drogę do jego badania, a jego usunięcie może zupełnie odciąć go od zainteresowania badaczy i źródeł finansowania. W ten sposób istniejące schorzenie może zniknąć nie tylko z zestawień statystycznych, ale i z pamięci lekarzy, a przecież nadal występuje i przysparza cierpień chorym.

Przy tym trzeba pamiętać, że klasyfikacja idealna nie istnieje i – przynajmniej na razie – istnieć nie może. Dlatego cenne jest przypomnienie różnych modeli klasyfikacyjnych z ich wadami i zaletami, bo jakiś system trzeba przyjąć i na jakieś uproszczenia i zniekształcenia trzeba się zgodzić.

Aktualnie obowiązujące wersje klasyfikacji, zarówno DSM, jak i ICD, miały być z założenia ateoretyczne i posługiwać się kryteriami fenomenologicznymi wszędzie tam, gdzie etiopatogeneza zaburzeń nie jest znana – czyli w większości zaburzeń. Takie ujęcie było niewątpliwie konieczne

do usunięcia nadmiaru niesprawdzonych hipotez i założeń, choć krytyka zarzucająca mu nadmierne spłylenie myślenia klinicznego nie jest pozbawiona racji. Obecne wersje DSM i ICD można porównać do osiemnastowiecznej klasyfikacji roślin Linneusza, który dzielił rośliny ze względu na liczbę płatków i pręcików w kwiatach, czy kształt liści. Z dzisiejszej perspektywy widać, że *Genera Plantarum* była klasyfikacją prymitywną i nie mogła się ostać, ale nie ma żadnych wątpliwości, że wprowadziła porządek i w znacznym stopniu ułatwiła rozwój botaniki.

Wracając do analogii językowej, trzeba przypomnieć, że cechą języków prymitywnych jest wieloznaczność przekazu, ten sam wyraz może być różnie rozumiany, a właściwe znaczenie odczytuje się dopiero z kontekstu czy intonacji. W klasyfikacji opartej na kryteriach morfologicznych podobna konfiguracja objawów może występować w zupełnie różnych schorzeniach i co za tym idzie wymagać zupełnie innych oddziaływań. Nadmierna koncentracja na morfologii zaburzeń bez uwzględnienia kontekstu etiologicznego prowadzi do zniekształceń, a w skrajnych przypadkach może powodować błędy diagnostyczne, np. rozpoznanie zaburzeń afektywnych u każdej osoby, która jest smutna. Oczywiście konsekwencją postawienia takiego rozpoznania jest rozpoczęcie leczenia – w miarę wpływu czasu coraz bardziej agresywnego – a końcu zakwalifikowanie choroby pacjenta do kategorii „depresji lekoopornych”.

Przy tym należy pamiętać, że klasyfikacji polegającej na zastosowaniu wyłącznie kryterium fenomenologicznego nie udało się stworzyć, bo przecież obecne wersje ICD i DSM nie są (i nie mogą być) w tym zakresie konsekwentne.

Przedstawione przez Goldberga propozycje redukcji liczby kategorii diagnostycznych wykorzystują postęp, jaki dokonał się od czasu stworzenia poprzedniej wersji DSM. Pięć proponowanych grup diagnostycznych łączy zaburzenia już nie według kryterium morfologicznego, ale biologicznego. Niektóre propozycje są bardzo ciekawe, na przykład połączenie uzależnień, osobowości społecznej i zaburzeń zachowania w jedną grupę. Autor przytacza szereg biologicznych argumentów uzasadniających taką decyzję. Można dodać, że za takim połączeniem przemawia też intuicja kliniczna, której

lekceważyć nie należy, gdyż jest sumą wielu podprogowych spostrzeżeń i niewypowiedzianych przemyśleń klinicystów.

Na pierwszy rzut oka może dziwić pomysł rozdzielenia zaburzeń jednobiegunowych od dwubiegunowych i włączenia ich do różnych kategorii, ale po namyśle zdziwienie ustępuje. Praktyka kliniczna uczy, że nawracające depresje o obrazie ściśle endogennym często okazują się fazami zaburzeń dwubiegunowych, a w depresjach o innym obrazie niejednokrotnie dostrzega się podobieństwa do zaburzeń lękowych. Po raz kolejny wydaje się, że doświadczenie i intuicja kliniczna znajdują w końcu potwierdzenie w badaniach genetycznych.

Nieco większy opór budzi sugestia połączenia zaburzeń dwubiegunowych i schizofrenii w jedną grupę, ale nie ma wątpliwości, że proponowana klasyfikacja jest jedynie etapem przejściowym, poza tym – jak już wspomniano – żadna klasyfikacja nie jest doskonała.

Uproszczenie systematyki zaburzeń ma jeszcze jedną zaletę. Goldberg zwraca uwagę, że klasyfikacja zaburzeń psychicznych służy nie tylko psychiatrom. Łatwo zapomniamy, że większością zaburzeń psychicznych, zwłaszcza – choć nie tylko – z zakresu „małej psychiatrii” zajmują się lekarze innych specjalności, szczególnie lekarze rodzinni. Klasyfikacja psychiatryczna musi być przyswajalna również dla nich. Jej nadmierna komplikacja będzie przyczyną licznych błędów diagnostycznych – a co za tym idzie – zafalszowań zestawień statystycznych.

Komentarz należałoby zakończyć stwierdzeniem, że na obecnym poziomie wiedzy o zaburzeniach psychicznych żadna klasyfikacja nie będzie doskonała, dlatego nikt nie może jej uważać za alternatywę dla podręcznika, a lepiej dla różnych podręczników psychiatrii. Błędem jest każdorazowe traktowanie obowiązującej klasyfikacji jako roczni i nadmierne przywiązywanie się do tymczasowych rozwiązań. Dlatego szczęśliwi ci, którzy mają możliwość obserwowania prac nad nowymi klasyfikacjami i nabrania do nich odpowiedniego dystansu.