

Czy nasze duże klasyfikacje zaburzeń psychicznych należy zmienić?†

David Goldberg

The British Journal of Psychiatry (2010) 196, 255–256.

Trzema głównymi problemami powodowanymi przez najważniejsze systemy klasyfikacyjne (DSM i ICD) są: duża częstość „współchorobowości” wynikająca z obowiązujących obecnie kryteriów diagnostycznych, coraz częstsze wykorzystywanie przez lekarzy praktyków kategorii „nieklasyfikowane gdzie indziej” (not elsewhere classified, NEC) oraz coraz większa długość i złożoność każdego nowego wydania w porównaniu z wydaniem poprzednim. Duże uproszczenie struktury poszczególnych sekcji w każdej z klasyfikacji mogłoby utorować drogę do rozwiązania tych problemów.

W chwili, kiedy zarówno Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), jak i Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (American Psychiatric Association, APA) rozważają modyfikacje obowiązujących systemów klasyfikacyjnych zaburzeń psychicznych (odpowiednio ICD i DSM), należy zapytać, czy uzyskaliśmy nową wiedzę, która uzasadniałaby poważną rewizję sposobu klasyfikowania tych zaburzeń. Problemy związane z obiema klasyfikacjami obejmują: coraz większą złożoność, bardzo dużą częstość współchorobowości relacjonowaną na podstawie wyników sondażowych badań środowiskowych¹⁻³ oraz częste wykorzystywanie przez lekarzy kategorii „nieklasyfikowane gdzie indziej” (not elsewhere classified, NEC).

Nowe kryteria oceny trafności zaburzeń psychicznych

Grupa badawcza APA odpowiedzialna za modyfikację systemu diagnostycznego DSM zaproponowała 11 kryteriów związanych z etiologią, którymi można by się było posługiwać do czasu zatwierdzenia nowej kategorii. Wykorzystaliśmy te kryteria, aby zaproponować uproszczony model klasyfikacji, w którym stworzone zostaną większe grupy zaburzeń, właściwie całkiem podobnych, jeżeli posłużymy się tymi jedenastoma kryteriami.⁴ Zaproponowaliśmy zatem, że

prawdopodobnie przydatny okazałby się podział 16 sekcji DSM i 10 sekcji ICD na pięć dużych grup: zaburzenia neuropoznawcze, zaburzenia neurorozwojowe, psychozy, zaburzenia emocjonalne i zaburzenia eksternalizacyjne.

Jest jeszcze kolejna, szósta, grupa zaburzeń dotyczących funkcji organizmu, takich jak zaburzenia odżywiania się, snu i zaburzenia seksualne, w przypadku których aktualna wiedza jest niewystarczająca do opracowania wiążących zaleceń. Nie uwzględniliśmy również zaburzeń osobowości, z wyjątkiem zwrócenia uwagi na znaczenie niektórych zaburzeń osobowości w determinowaniu podatności na dwie ostatnie z wymienionych powyżej grup.

Pierwszym krokiem w ograniczaniu stopnia złożoności jest wykorzystywanie tych kryteriów do zbadania, jakie wspólne cechy mogą mieć różne zaburzenia. Może to również umożliwić zrozumienie czynników będących przyczyną dużej częstości współchorobowości. Wszystkie zaburzenia neuropoznawcze charakteryzują się dającymi się udowodnić zaburzeniami podłoża neuronalnego oraz występowaniem zaburzeń i deficytów funkcji poznawczych.⁵ Obecność tych nieprawidłowości włącznie do prawidłowego rozwoju mózgu odróżnia tę grupę zaburzeń od grupy zaburzeń neurorozwojowych, w której różne zaburzenia charakteryzują się podobną etiologią. Zaburzenia neurorozwojowe powstają

wcześnie, ich przebieg jest ciągły i wszystkie charakteryzują się istotnymi zaburzeniami funkcji poznawczych.⁶

Grupa zaburzeń psychotycznych jest jednorodna pod względem nasilenia wspólnych objawów psychotycznych (w sensie psychopatologicznym) i reakcji na leki przeciwpsychotyczne oraz charakteryzuje się wieloma wspólnymi markerami biologicznymi. Daje się zauważyć niewielkie podobieństwo między schizofrenią a zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym, dotyczące czynników ryzyka, podłoża neuronalnego, funkcji poznawczych i endofenotypów. Występują jednak zasadnicze różnice, chociaż są one mniejsze niż między zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym a jednobiegunowym.^{7,8}

Zaburzenia eksternalizacyjne obejmują uzależnienie od alkoholu i substancji psychoaktywnych, osobowość społeczną i zaburzenia zachowania. Wyróżnia je osiowa rola osobowości odhamowanej. Ten typ osobowości określa się również czasami jako cechujący się niewielką liczbą ograniczeń. Za wiarygodnością wyodrębnienia grupy zaburzeń eksternalizacyjnych przemawia również obecność wspólnych markerów biologicznych, podobna współzachorowalność i przebieg.⁹

Zaburzenia emocjonalne (lub internalizacyjne) stanowią największą grupę częstych zaburzeń psychicznych. Obejmują

†Rozszerzona wersja tego artykułu była opublikowana w *Advances in Psychiatric Treatment* 2010;16:14-9

D.G. był członkiem International Advisory Group WHO przy opracowywaniu 10 wydania ICD (ICD-10 Mental and Behavioral Disorders) w latach 2007-2008. Obecnie jest przewodniczącym Primary Care Consultation Group. Poglądy i opinie wyrażone w tym artykule odzwierciedlają punkt widzenia autora i w żadnym wypadku nie mają wyrażać poglądów, polityki, czy oficjalnego stanowiska WGO, Advisory Group, ani Primary Care Consultation Group.

Konflikt interesów – brak

David Goldberg niedawno otrzymał pierwszą nagrodę Lifetime Achievement Award ufundowaną przez Royal College of Psychiatrists. Pracuje w Mood Disorders Group przy opracowywaniu DSM-V.

David Goldberg, FRCPsych, Health Service and Population Research, Institute of Psychiatry, King's College London, De Crespigny Park, London SE5 8AF, UK.
e-mail: David.Goldberg@iop.kcl.ac.uk

stany charakteryzujące się zwiększonym poziomem lęku, depresji, obaw i objawów somatycznych. Zalicza się doń zespół lęku uogólnionego, zaburzenie afektywne jednobiegunowe, zaburzenie lękowe z napadami paniki, zaburzenia lękowe typu fobii, zaburzenia obsesyjne, dystymię, neurastenię, zaburzenie stresowe pourazowe i zaburzenie pod postacią somatyczną. Objawy depresyjne, lękowe i pod postacią somatyczną występują wspólnie, są często spotykane w ośrodkach medycyny ogólnej, charakteryzują się wieloma wspólnymi cechami; jednak znalazły się w trzech różnych sekcjach DSM-IV.^{10,11}

W przypadku zaburzeń emocjonalnych stwierdzane są silne podobieństwa dotyczące poprzedzających ich wystąpienie uwarunkowań temperamentalnych (neurotyzm lub negatywny afekt), współzachorowalności i wielu wspólnych objawów. Stwierdzono wspólne podłoże genetyczne zaburzenia lękowego uogólnionego i dużej depresji oraz znaczne nakładanie się genów dla zaburzeń lękowych. Są również znaczne podobieństwa ogólnego przebiegu i reakcji na leczenie. Dostępne są niepełne dowody na podobieństwa między zaburzeniami pod postacią somatyczną a neurastenią. To, że nie udowodniono tych analogii, nie wynika ze sprzeczności dowodów, ale raczej z nieprzeprowadzenia odpowiednich badań.

Platon kontra Arystoteles

Osoby wierzące w platońską ideę rozpoznania kategoryalnych¹² mogą głosić pogląd, że wraz z każdą rewizją klasyfikacji przybliżamy się w stronę systemu, który jest wzajemnie wykluczający się i – jako całość – wyczerpujący. Rozkład w populacji ogólnej większości zaburzeń psychicznych jest stały, podobnie jak nadciśnienia tętniczego i niedokrwistości. W przypadku nadciśnienia próg rozpoznawania tego zaburzenia w ciągu ostatnich 50 lat znacząco się przesunął, co wynikało z uwzględnienia poprawy w zakresie diagnozowania i leczenia. Podobne argumenty odnoszą się do zaburzeń emocjonalnych.

Osoby preferujące arystotelesowskie podejście do rozpoznania¹² przypominają, że różne zaburzenia są oddzielone od normy poprzez arbitralnie przyjęte progi, ale różne kategorie przechodzą jedna drugą, a zatem „punkt odcięcia” występuje rzeczywiście rzadko. Zgodnie z tym podglądem w najlepszym przypadku możemy mieć nadzieję, że aktualny system diagnostyczny uwzględni postępy w wiedzy, które dokonały się od ostatniej poprawki danej klasyfikacji.

Przedstawione powyżej zmiany uwzględniały tę wiedzę. Trzeba otwarcie przyznać, że proponowany podział na grupy ma charakter tymczasowy i musi być gotowy

na korektę w miarę, jak dostępnych będzie więcej informacji. Krytycy proponowanych zmian mogą reprezentować pogląd, że stanowią one krok wstecz od czasów, kiedy dokonano wielkiego rozróżnienia między nerwicami i psychozami, chociaż nigdy nie znaleziono wystarczających przesłanek, które uzasadniałyby taki podział. Najważniejsza zmiana z obecnie proponowanych polega na tym, że system powinien brać pod uwagę znaczenie cech osobowości w determinowaniu zaburzeń emocjonalnych i eksternalizacyjnych. Istnieje także przestrzeń do znacznego poszerzenia takiego podejścia na inne częste zaburzenia psychiczne. Pojawiła się potrzeba, aby psychiatrzy porzucili sztywne przywiązanie do kategoryalnego podziału zaburzeń osobowości na typy, skłaniając się do mniej statycznego podejścia wymiarowego, a psycholodzy kliniczni porzucili ograniczenia dotyczące tego, jak wiele wymiarów osobowości ma znaczenie przy opisywaniu wariantów prawidłowych.

Są również problemy wynikające z pozabawienia psychiatrii dziecięcej w pełni wyczerpującego systemu diagnostycznego, co wynika z zaliczenia zaburzeń zachowania do zaburzeń eksternalizacyjnych i zaburzeń lękowych (obecnie znajdujących się w grupie zaburzeń emocjonalnych). Zaburzenia występujące u dzieci mogą przejawiać się różnie w różnych okresach rozwojowych. Na przykład występujący przed okresem pokwitania lęk może przechodzić w epizod depresji okresu dojrzewania, kiedy nastolatek konfrontuje się z poważnymi problemami związanymi z pozycją w grupie rówieśniczej, osiągnięciami szkolnymi i wyborami seksualnymi. Nie zawsze również istnieje liniowa zależność między problemami okresu dzieciństwa a zaburzeniami okresu dorosłego. Zaburzenia zachowania w wieku 7-9 lat mogą wiązać się ze zwiększonym ryzykiem ukształtowania osobowości aspołecznej i przestępczości we wczesnej dorosłości (21-25 lat), ale również z niekorzystnymi relacjami seksualnymi i partnerskimi (włącznie z przemocą domową), wczesnym rodzicielstwem, większym ryzykiem nadużywania substancji psychoaktywnych, występowaniem zaburzeń nastroju i zaburzeń lękowych oraz próbami samobójczymi.¹³ Na przykład w badaniu Dunedin zaburzenia zachowania u osób w wieku 11-15 lat były związane z większym ryzykiem wszystkich zaburzeń psychicznych u osób w wieku 26 lat, włącznie z zaburzeniami eksternalizacyjnymi, zaburzeniami pod postacią schizofrenii i manii, niezależnie od szeroko rozumianych zaburzeń eksternalizacyjnych, takich jak nadużywanie substancji.¹⁴

W przypadku zaburzeń psychicznych w praktyce ogólnomedycznej jednym z roz-

wiązań „problemu NEC” jest pozwolenie lekarzom na opisywanie głównych problemów pacjenta za pomocą takich określeń, jak „depresja z lękiem” czy „depresja z objawami somatycznymi” zamiast posługiwania się po prostu określeniem „depresja”. Jeżeli lekarz nie dostrzeże, że u chorego na depresję występuje chorobliwy lęk, może nie przepisać optymalnego leku psychotropowego, nie zaoferować optymalnej formy terapii poznawczo-behawioralnej czy, co najistotniejsze, nie zażegnać niepokoju związanego z objawami, które męczą pacjenta, ale są ignorowane jako element rozpoznanej kategorii diagnostycznej. Niezauważenie, że u chorego na depresję występują objawy somatyczne, może prowadzić do zaniedbywania przez lekarza wyjaśnienia charakteru objawów, które czasami najbardziej niepokoją chorego. Aktualna klasyfikacja DSM umieszcza w trzech różnych sekcjach dużą depresję, zaburzenia lękowe i zaburzenia pod postacią somatyczną, natomiast ICD lokuje je w dwóch sekcjach, co stwarza konieczność stawiania licznych rozpoznań współistniejących.

Na koniec należałoby się zastanowić w jakim stopniu zmiany te rozwiązują trzy wymienione na wstępie trudności? Niewątpliwie stanowią one przynajmniej częściowe rozwiązanie coraz bardziej złożonego charakteru obydwu klasyfikacji, ponieważ umożliwiają znaczne uproszczenie całej struktury. Do pewnego stopnia rozwiązują również problem współchorobowości. W celu dalszego rozwiązywania tego problemu potrzebne byłoby przyjęcie opisanych powyżej rozwiązań w przypadku wymieniania wielu kategorii zaliczanych do określonej grupy zaburzeń. Problem NEC został już częściowo rozwiązany w ICD-10, która uwzględnia trzy stopnie nasilenia depresji, a także zaburzenia lękowo-depresyjne, w przypadku których obydwa zaburzenia mają charakter podprogowy, ale spełniają pozostałe kryteria, jak również połączenie depresji z „zespołem somatycznym”. Nie dotyczy to jednak klasyfikacji DSM-IV. Omawiano różne plany dotyczące oceny takich wymiarów, jak lęk i tendencje samobójcze, niezależnie od głównych rozpoznania w danej kategorii. Pełnowymiarowy schemat, w którym w ramach każdego rozpoznania możliwe jest nasilenie „podprogowe”, może mieć zbyt daleko idące następstwa, ponieważ mógłby doprowadzić do znacznego zwiększenia ogólnej częstości występowania zaburzeń psychicznych w populacji.

From the British Journal of Psychiatry (2010) 196, 255-256. Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyright © 2010 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.

Pismienictwo na str. 70