

Proponowana rewizja kategorii diagnostycznych otępienia według DSM-V

Gary J. Kennedy, MD

Na maj 2013 roku planowana jest publikacja piątego wydania¹ Diagnostycznego i statystycznego podręcznika zaburzeń psychicznych. W lutym 2010 roku udostępniono do recenzji i komentarzy wstępny zarys poprawek aktualnych kryteriów diagnostycznych. Choć biomarkery diagnostyczne i kryteria neuropsychologiczne otępienia zostały wprowadzone niedawno, nastąpił wyraźny postęp w zakresie proponowanych kryteriów, co istotnie wpływa na postępowanie lecznicze. Poniżej omówiono proponowane poprawki, co ma pomóc czytelnikom, którzy chcieliby w okresie recenzyjnym przedstawić swoje uwagi na ten temat.

W piątej edycji DSM (DSM-V) zaproponowano cztery główne zmiany² dotyczące klasyfikacji zaburzeń poznawczych wymienionych w DSM-IV-TR³ jako majaczenie, otępienie i zaburzenia amnestyczne. Obejmują one całkowite odrzucenie terminu „otępienie”, dodanie nowej kategorii diagnostycznej o nazwie „łagodne zaburzenia neuropoznawcze” oraz wyraźne sklasyfikowanie zespołów psychotycznych i depresji opisywanych poprzednio w odniesieniu do choroby Alzheimera, ale niewymienionych w DSM-IV.⁴ Czwartą zmianą jest wprowadzenie znacznie większej liczby szczegółów, przykładów i technik oceny zaburzeń w zakresie określonych domen poznawczych. Każda z tych zmian odzwierciedla postęp w dziedzinie neurologii, neuropsychologii i neuroobrazowaniu. Trzy pierwsze są też wynikiem procesu koncepcyjnego, który został zapoczątkowany przed ponad wiekiem.

Tło historyczne

Kraepelin przypisał nazwę „choroba Alzheimera” do pierwszych przedstawionych przez Alzheimera przypadków znacznego pogorszenia funkcji poznawczych związanych z obecnością zmian o typie zwyrodnienia neurofibrylarnego (opisanych w 1907 roku) i blaszek amyloidowych (opisanych w 1911 roku).⁵ Termin „choroba Alzheimera” występuje jednak dopiero w trzecim wydaniu klasyfikacji DSM (DSM-III).⁶ Pojawiły się wątpliwości, czy zmiany patologiczne typu alzheimerowskiego są elementem prawdziwej choroby, czy też są zjawiskiem związanym

w wiekiem. Ponadto nie osiągnięto zgodności w sprawie klasyfikacji choroby, jeżeli rzeczywiście nią była. W 1951 roku United States Public Health Service powołała grupę roboczą do rozwiązania problemów związanych z powstaniem szóstej edycji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (International Classification of Diseases - ICD-6).⁷ Jednym z mankamentów klasyfikacji ICD-6 było niewłączenie przewlekłych zespołów mózgowych (otępień) do kategorii zaburzeń psychicznych obok reakcji nerwicowych i behawioralnych, takich jak lęk i depresja. Było to niezgodne z opublikowaną w 1952 roku klasyfikacją DSM-I.⁸ Dodatkowo wiele „psychoz o podłożu organicznym”, to znaczy zespołów otępiennych, włączonych było do kategorii „psychozy o innej określonej etiologii”.⁹

Dyskusje na temat terminologii zaburzeń poznawczych kontynuowano przy publikacji klasyfikacji DSM-II¹⁰ i ICD-8.¹¹ Zaproponowano w nich różne zmiany, w tym terminy „zespół mózgowy” oraz „psychozy o podłożu organicznym”. Termin „psychoza” został użyty raczej w celu określenia nasilenia halucynacji czy urojeń, a nie ich obecności. To, co aktualnie można byłoby odnieść do otępienia naczyniopochodnego, w DSM-II byłoby sklasyfikowane jako „psychozy związane z organicznymi zespołami mózgowymi z towarzyszącą miażdżycą tętnic mózgu (293.0) lub inne zaburzenia mózgowo-naczyniowe (293.1)”. „Psychozy niespowodowane stanem somatycznym” objęły schizofrenię i zespół maniako-depresyjny.¹⁰ Wątpliwości związane z klasyfikacją i opisem tych sta-

nów odzwierciedlają ich dwoistą naturę zaburzeń zarówno neurologicznych, jak i psychicznych. Ta dwoistość jest również odzwierciedlona w terminologii funkcjonalnej – w przeciwieństwie do organicznej, obecnie uważanej za przestarzałą i nieprecyzyjną. Ustalenie nazwy dla zaburzeń neurodegeneracyjnych, w których dominują raczej zaburzenia psychiczne niż deficyty ruchowe lub czuciowe, jest trendem historycznym klasyfikacji DSM. Przez przekształcenie terminu „zaburzenia poznawcze” użytego w klasyfikacji DSM-IV w określenie „zaburzenia neuropoznawcze” w piątej edycji DSM (DSM-V) potwierdzono aspekt neurologiczny choroby bez ograniczania rozpoznania wyłącznie do zakresu neurologii lub podstawowej opieki zdrowotnej. Zespoły otępienne należą do zaburzeń psychicznych. Mimo to chorzy z rozpoznaniem otępienia w niektórych stanach pozbawiani są możliwości korzystania z usług klinik zdrowia psychicznego systemu Medicaid, jeżeli nie odnotowane jest konkretne określenie diagnostyczne oznaczające „depresję” lub „urojenia” bądź nie współlistnieją poważniejsze zaburzenia psychiczne, takie jak duża depresja (major depressive disorder, MDD).¹²

Zbyt stare i zbyt nowe

Majaczenie, otępienie, zaburzenia amnestyczne i inne zaburzenia poznawcze są w DSM-V zaliczone do kategorii „zaburzeń neuropoznawczych”. W przeciwieństwie do zaburzeń neurorozwojowych zaburzenia

Dr Kennedy, professor, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Albert Einstein College of Medicine, director, Division of Geriatric Psychiatry, Montefiore Medical Center, Bronx, New York.

Autor nie zgłasza żadnych mogących powodować konflikt interesów zależności finansowych ani innych powiązań z organizacjami komercyjnymi.

Adres do korespondencji: Gary J. Kennedy, MD, Director, Department of Geriatric Psychiatry, MMC, 111 East 210th St, Klau One, Bronx, NY 10467, Stany Zjednoczone; e-mail: gikennedy@msn.com.

neuropoznawcze mają raczej charakter nabyty i zwyrodnieniowy w odróżnieniu od chorób wrodzonych, które ujawniają się w okresie dzieciństwa. Termin ten został wybrany po części w celu uniknięcia stygmatyzacji, która wiąże się z rozpoznaniem otępienia przy klasyfikacji zaburzeń u ludzi młodych z postępującym deficytem funkcji poznawczych związanym z zakażeniem wirusem HIV lub pourazowym uszkodzeniem mózgu. Zaburzenia neuropoznawcze podzielone zostały następnie na łagodne i ciężkie. Stan opisywany w klasyfikacji DSM-IV jako „pogorszenie funkcji poznawczych związane z wiekiem” (age-related cognitive decline, ARCD), pojawiający się w kategorii „inne stany, które mogą być przedmiotem uwagi klinicznej”, w klasyfikacji DSM-V pojawiłby się w kategorii łagodnych zaburzeń neuropoznawczych. Jest to znaczący postęp. Terminy takie jak „ARCD”, „zaburzenia poznawcze niebędące otępieniem” (cognitive impairment not dementia, CIND), „łagodne zaburzenia poznawcze” (mild cognitive impairment, MCI), „amnestyczne MCI” i „nieamnestyczne MCI” – charakteryzujące się różnymi kryteriami rozpoznania, ale często uważane za stan prodromalny otępienia – teraz wymienione byłyby jako łagodne zaburzenia neuropoznawcze. Co ważniejsze, w przeciwieństwie do osób bez wyraźnie wykrywalnych zaburzeń choroby z CIND wykazują zarówno częstsze występowanie takich objawów neuropsychicznych, jak depresja, jak i ograniczeń funkcjonalnych.¹³

Łagodne zaburzenia neuropoznawcze są analogią łagodnych zaburzeń depresyjnych, co przedstawiono w załączniku B DSM-IV razem z subklinicznym stanem depresyjnym niezaklasyfikowanym gdzie indziej (condition not elsewhere classified, CNEC). Rzeczywiście, subkliniczny stan depresyjny CNEC jest następnie podzielony na depresję prodromalną i subkliniczną oraz mieszane subkliniczne zaburzenie lękowo-depresyjne w zależności, odpowiednio, od czasu trwania, nasilenia objawów czy objawów towarzyszących.

Wspólną cechą łagodnych zaburzeń poznawczych i małej depresji tym jest to, że są stanem przepowiadającym rozwój otępienia lub dużej depresji (MDD). Jednakże u wielu osób z rozpoznaniem MCI lub małej depresji nigdy nie dochodzi do rozwoju ciężkiej choroby psychicznej. Pewność w odróżnieniu objawu lub profilu objawów, które reprezentują prawdziwy stan prodromalny, od okresowej niestabilności w zakresie funkcji poznawczych lub nastroju pozostaje kwestią problematyczną. Niemniej jednak zidentyfikowanie łagodnych zaburzeń neuropoznawczych jako rozpoznania DSM odzwierciedla coraz większe przekonanie, że

łagodne zaburzenia poznawcze i zaburzenia poznawcze niebędące otępieniem często również są wczesną manifestacją otępienia. Dodatkowo brak kategorii diagnostycznej „łagodny” mógłby pozostawić badaczy i społeczeństwo z mylącą terminologią stosowaną w klasyfikacji DSM-IV.

Kategorie zaburzeń zachowania

Zaburzenia zachowania są powszechnym zjawiskiem u osób z chorobą Alzheimera. Zwiększają one stopień niesprawności chorego i stanowią dodatkowe obciążenie dla jego opiekunów. Jak wykazały wyniki badań populacyjnych,¹³⁻¹⁵ najczęstszy problem stanowią stany pobudzenia, apatia, depresja, urojenia i rzadziej występujące halucynacje. W DSM-II zespoły otępienne zostały umieszczone w kategorii psychotycznych bądź niepsychotycznych organicznych zespołów mózgowych. Elementem określającym klasyfikację zaburzeń jako zespół psychotyczny było nasilenie objawów, a nie obecność urojeń czy halucynacji. Halucynacje, urojenia i zaburzenia nastroju były uznane za element choroby, ale nie zaproponowano modyfikującego kodu ani kategorii. W DSM-IV-TR wprowadzono odpowiednie kody modyfikujące w celu odzwierciedlenia obecności lub braku zaburzeń zachowania.³ W przypadku otępienia naczyniopochodnego, ale nie typu alzheimerowskiego, wprowadzono kody modyfikujące „z majaczeniem”, „z urojeniami” i „z zaburzeniami nastroju”. W odniesieniu do choroby Alzheimera w klasyfikacji DSM-V zaproponowano dwa zespoły. Pierwszy to zespół depresyjny, w którym konieczna jest obecność trzech objawów MDD przez co najmniej 2 tygodnie powodujących niesprawność lub duże obciążenie pacjenta. Drugi to zespół psychotyczny charakteryzujący się obecnością urojeń lub halucynacji trwających przynajmniej okresowo przez co najmniej miesiąc i powodujących niesprawność i duże obciążenie pacjenta. Alternatywnie inne zaburzenia zachowania, takie jak pobudzenie, agresja, apatia, błądzenie, odhamowanie lub zaburzenia rytmu okołodobowego, mogą być kodowane jako piąta cyfra przy jakichkolwiek zaburzeniach neuropoznawczych. Biorąc jednak pod uwagę częste występowanie zaburzeń zachowania, stanowiących tak duże obciążenie dla opiekunów pacjentów, grupa robocza zmuszona jest potraktować to zagadnienie jako wymagające wprowadzenia dodatkowych danych. W odniesieniu do zaburzeń zachowania wprowadzenie kodów modyfikujących jest w niektórych stanach niezbędne do uzyskania przez pacjentów z otępieniem możliwości korzystania z usług klinik zdrowia psychicznego systemu Medicaid.¹²

Rozwój domen poznawczych

Wśród kryteriów otępienia klasyfikacja DSM-IV wyróżnia zaburzenia pamięci i czytania oraz jedno z następujących zaburzeń: afazję, apraksję, agnozję lub zaburzenie funkcji wykonawczych. Aby móc ustalić rozpoznanie, „stopień nasilenia deficytów poznawczych musi powodować niepełnosprawność społeczną pacjenta. Klasyfikacja DSM-V uwzględnia takie domeny poznawcze, jak: „złożona uwaga, zdolności wykonawcze, czytanie i pamięć, funkcje językowe, percepcyjne zdolności wzrokowo-przestrzenne- i poznanie społeczne”. Każdej pozycji przypisany jest paragraf opisujący stopień deficytu (ciężki i łagodny) oraz definicja domeny i przykłady metod oceny. Równie ważne jest określenie stopnia, w jakim zaburzenie w zakresie danej domeny wpływa na zachowanie pacjenta i jego niezależność. Członkowie grupy roboczej mają wątpliwości co do sposobu formalnego opisu deficytów specyficznych dla danej domeny. Niemniej jednak istotne wydaje się odpowiednie przeszkolenie opiekunów pacjenta oraz przystosowanie jego otoczenia, aby umożliwić mu optymalne wykorzystanie zachowanych umiejętności i kompensować deficyty. Osiągnięcie kompromisu między mocnymi stronami i słabościami pacjenta prawdopodobnie pozwoliłoby na złagodzenie stopnia jego niesprawności, odciążenie opiekunów i minimalizowanie częstości występowania zaburzeń zachowania. Postępowanie to jest prawdopodobnie odpowiednie u pacjentów z chorobą Alzheimera, chorobą Parkinsona i otępieniem z ciałami Lewy’ego, ale może być również użyteczne w przypadku weteranów wojny w Iraku i Afganistanie powracających do domu z pourazowym uszkodzeniem mózgu. Biorąc pod uwagę niezadowolające wyniki farmakoterapii zaburzeń zachowania u chorych z otępieniem, dokładniejszy opisy deficytów w zakresie konkretnych domen poznawczych byłoby dużym postępem dla zdrowia publicznego.¹⁶

Podsumowanie

Zmiany zaproponowane w nowej klasyfikacji chorób DSM-V dotyczące majaczenia i otępienia podkreślają kliniczną naturę tych kategorii diagnostycznych. Klasyfikacja ta wymienia obiektywne kryteria oceny neuropsychologicznej, diagnostyki obrazowej lub laboratoryjnej, ale nie są one ani swoiste, ani konieczne do rozpoznania. Są raczej odzwierciedleniem istotnych różnic dotyczących neurobiologii i stanu funkcji poznawczych między osobami zdrowymi lub nie, niż braku rzetelnych metod oceny zmian u jednej osoby.^{13,16} Różnicowanie między ciężkimi i łagodnymi zaburzeniami neuropoznawczymi również jest odzwierciedleniem zainteresowania

badaczy identyfikacją objawów prodromalnych otępienia. Biorąc pod uwagę częstość progresji łagodnych zaburzeń poznawczych oraz zaburzeń poznawczych niebędących otępieniem (CIND) do otępienia, niewzględnienie w klasyfikacji łagodnych zaburzeń neuropoznawczych wydawałoby się dużym błędem. Jakkolwiek słuszne może być unikanie stygmatyzacji związanej z używaniem terminu „otępienie”, zastąpienie go nazwą „zaburzenia neuropoznawcze” przypomina problem związany z terminem „zaburzenie dwubiegunowe typu I” (maniakalne) i „zaburzenie dwubiegunowe typu II” (depresyjne), który w czwartej edycji klasyfikacji DSM (DSM-IV) zastąpił określenie „choroba maniakalno-depresyjna” figurujące w podręczniku DSM-II. Mimo to zmiany w nomenklaturze zespołów chorobowych nie są pozbawione znaczenia. Dodanie do kodu diagnostycznego zaburzeń zachowania, bez względu na ich etiologię, wydaje się rozsądne z punktu widzenia klinicznego. Zastosowanie czynników modyfikujących w celu opanowania chociaż jednej specyficznej domeny poznawczej może prowadzić do poprawy w zakresie metod behawioralnych. Konieczne jest przeprowadzenie debaty na temat „łagodnych zaburzeń neuropoznawczych” i zaniechania używania terminu „otępienie” podobnie jak to się stało w relacji między autyzmem i zespołem Aspergera.¹⁹ Tak czy inaczej, użyteczność kliniczna odnotowywania za-

burzeń zachowania i deficytów w zakresie danej domeny poznawczej jest trudna do podważenia.

Piśmiennictwo

1. *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; In press.
2. Neurocognitive Disorders Work Group: Jeste D, Blacker D, Blazer D, et al. Draft dated 7 January 2010. Available at: <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/Delirium,Dementia,Amnestic,OtherCognitive.aspx>. Accessed April 9, 2010.
3. *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*. 4th ed, text rev. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
4. *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
5. *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
6. Graeber MB, Kösel S, Egensperger R, Banati RB, Müller U, Bise K, Hoff P, Möller HJ, Fujisawa K, Mehraein P. Rediscovery of the case described by Alois Alzheimer in 1911: historical, histological and molecular genetic analysis. *Neurogenetics*. 1997;1(1):73-80.
7. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. 6th rev. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1948.
8. *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1952.
9. Kramer M. Introduction: the historical background of ICD-8. In: *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1968:xi-xv.
10. *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1968.
11. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. 8th rev. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1968.
12. Medicaid Requirements for OMH-Licensed Outpatient Programs. NYS Office of Mental Health. January 2004. Available at: www.omh.state.ny.us/omhweb/012104letter/medicaid.htm. Accessed April 16, 2010.
13. Okura T, Plassman BL, Steffens DC, Llewellyn DJ, Potter GG, Langa KM. Prevalence of neuropsychiatric symptoms and their association with functional limitation in older adults in the United States: The Aging, Demographics, and Memory Study. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58(2):330-337.
14. Lyketsos CG, Sheppard JM, Steinberg M, et al. Neuropsychiatric disturbance in Alzheimer's disease clusters into three groups. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001;16(11):1043-1053.
15. Devanand DP, Jacobs DM, Tang MX, et al. The course of psychopathological features in mild to moderate Alzheimer's disease. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54(3):257-263.
16. Holtzer R, Verghese J, Wang C, Hall CB, Lipton RB. Within-person across-neuropsychological test variability and incident dementia. *JAMA*. 2008;300(7):823-830.
17. Griffith HR, Stewart CC, Stoekel LE, et al. Magnetic resonance imaging volume of the angular gyri predicts financial skill deficits in people with amnesic mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58(2):265-274.
18. Kennedy GJ. From symptom palliation to disease modification: implications for dementia care. *Primary Psychiatry*. 2007;14(11):30-34.
19. Meiklejohn ST, Brehmer B, Chase I, Greenberg D. To the Editor. A separate label for Asperger's. *New York Times*. February 15, 2010:A29.

Komentarz



**Dr hab. n. med.
Tadeusz Parnowski**

„Choroba (jest głównie rozpoznawana) nie przez ekspertów, lecz przez zwykłych ludzi”

Dlaczego interesujemy się przygotowaniem nowej wersji amerykańskiej klasyfikacji diagnostycznej zaburzeń psychicznych (DSM)? Przecież w Europie obowiązuje Klasyfikacja Zaburzeń Psychiczných i Zaburzeń Zachowania (ICD). Powody są co najmniej dwa: kolejne wersje zarówno amerykańskiej, jak i międzynarodowej klasyfikacji zaburzeń psychicznych nie satysfakcjonują psychiatrów (zwłaszcza wobec szybkiego pojawiania się nowych, niewystępujących wcześniej zjawisk klinicznych i postępów w odkrywaniu patomechanizmów) oraz upodabnianie się obu klasyfikacji do siebie. W 1999 roku rozpoczęły się prace nad V wersją DSM, od 2007 roku tym zagadnieniem zajmuje się 13 grup roboczych i po 15 osób reprezentujących badania naukowe i praktykę kliniczną. W latach 2004-2007 zorganizowano pod egidą WHO (APIRE) wiele konferencji naukowych poświęconych głównym problemom psychiatrycznym. Zakończenie prac planuje się na rok 2012. Autorzy twierdzą, że projekt został poddany szerokiej dyskusji na łamach czasopism z udziałem wszystkich znaczących osób, m.in. biorących udział w tworzeniu wcześniejszych wersji DSM.^{2,3}

Równocześnie postępują prace nad nową wersją ICD (ICD-11), klasyfikacją aktualizowaną corocznie, której nowe wersje wydawane były co 10 lat. Ostateczna wersja ICD-11 powinna ukazać się w 2014 roku.

Artykuł Kennedy’ego poświęcony jest niewielkiemu wycinkowi – zaburzeniom procesów poznawczych – proponowanej nowej wersji klasyfikacji DSM. Zrozumienie części dotyczącej zmian w zakresie klasyfikacji otępienia i stanów o mniejszym nasileniu zaburzeń funkcji poznawczych wymaga zrozumienia kontekstu, w jakim powstaje nowa klasyfikacja.⁴

W V wersji DSM autorzy proponują podział zaburzeń psychicznych na pięć grup:

1. Zaburzenia neuropoznawcze, które mają zastąpić rozpoznania „Otepienie, mądrzenie oraz amnestyczne i inne zaburzenia funkcji poznawczych” w DSM-IV, a „organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi” w ICD-10.⁵

2. Zaburzenia neurorozwojowe zastępujące „Upośledzenie umysłowe; zaburzenia uczenia się, ruchowe i komunikowania się; uporczywe zaburzenia rozwojowe” wg DCM-IV i ICD-10.⁶

3. Psychozy zastępują „Schizofrenię i inne zaburzenia psychotyczne” (DSM-IV-TR), oraz „Schizofrenię, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe” (ICD-10). Do tej grupy proponuje się włączyć zaburzenia afektywne dwubiegunowe i schizotypowe zaburzenia osobowości (SPD). Grupa ta budzi duże wątpliwości (m.in. w zaburzeniach afektywnych dwubiegunowych typu II objawy psychotyczne występują rzadko, a w kryteriach rozpoznawania SPD nie ma wyraźnych objawów psychozy).^{7,8}

4. Zaburzenia emocjonalne (internalizing), w których zastosowano 11 kryterialnych czynników walidujących, wśród których główne są zaburzenia afektu, obecność lęku, strachu i objawów somatycznych (zaburzenia lękowe uogólnione, zaburzenia afektywne jednobiegunowe, zaburzenia lękowe z napadami lęku, fobiczne, obsesyjne, zaburzenia dystymiczne, neurastenia, zaburzenia stresowe pourazowe i zaburzenia somatopodobne).

5. Zaburzenia „uzewnętrznione” (externalizing) zawierają uzależnienie od substancji psychoaktywnych, antisocjalne zaburzenia osobowości, zaburzenia zachowania; główną rolę pełnią cechy osobowości rozhamowanej.

W przyszłej klasyfikacji będzie także 6 grup, w których brakuje ścisłych zaleceń diagnostycznych (zaburzenia odżywiania się, snu, zaburzenia seksualne). Propozycje zawarte w DSM-V spowodowały liczne uwagi krytyczne wskazujące na wiele niejasności i zagrożeń.

Kryteria kategoryzacji zaburzeń psychicznych w DCM-V są ateoretyczne i opisowe, w czym nie różnią się od przedstawianych w DSM-IV. Wiele wątpliwości budzi wprowadzenie np. uzależnienia od internetu, objawów abstynencyjnych po używaniu kannabinoli, otyłości, depresji z lękiem, zaburzeń dezintegracyjnych w dzieciństwie, ale także wprowadzenie „zespołów ryzyka” – psychoz, otępienia, depresji. Genetyka behawioralna wskazuje na podobieństwa między rozwojem schizofrenii a zaburzeń afektywnych

(polimorfizm genetyczny – typ osobowości – czynniki ryzyka – psychoza), ale mimo podobieństwa strukturalnego nie ma dowodów na podobieństwo kliniczne.⁹

Kryteria rozpoznania zaburzeń psychicznych są przyjmowane autorytarnie, rzadko odnoszą się do (nieznanej) etiopatogenezy, a podstawą są oceny kliniczne, np. wyniki skal oceny stanu psychicznego najczęściej stosowane w klinice, często o niewystarczającej trafności i rzetelności, np. brak dokładnego określenia kiedy, na podstawie skal, można zróżnicować żalobę od depresji, fizjologiczne zaburzenia procesów poznawczych od rozpoczynającego się otępienia. Kolejnym problemem jest niespójność kryterialna w obrębie DSM, ale także niezgodność z ICD w ocenie czasu trwania zaburzeń (np. rozpoznanie schizofrenii według ICD-10 po miesiącu trwania objawów; wg DSM-IV – po 6 miesiącach).¹⁰

Czy wprowadzenie nowej klasyfikacji nie „medykalizuje” zaburzeń psychicznych i czy nie zwiększy (sztucznie) liczby zaburzeń psychicznych (obecność/nieobecność choroby)? Przykładem może być odróżnianie fizjologicznej żaloby od depresji, wprowadzenie pojęcia „zespołu ryzyka psychozy” czy też „subiektywnych zaburzeń procesów poznawczych”. Obejmowanie klasyfikacją wszystkich tych stanów niesie za sobą niebezpieczeństwo stygmatyzacji osób, w których nigdy nie wystąpi depresja, psychoza czy otępienie. Co więcej, zwiększa się ryzyko leczenia osób zdrowych lekami psychotropowymi. Stosując aktualnie obowiązujące klasyfikacje, fałszywie dodatnie rozpoznania występują u 70% chorych leczonych w specjalistycznych placówkach i zwiększają się do 90% osób leczonych przez lekarzy ogólnych.^{11,12}

To prawda, że wiele rozpoznań ma negatywną konotację społeczną (schizofrenia, choroba Alzheimera). Można się jednak obawiać, że zastępowanie konkretnych, utrwalonych rozpoznań (etykiet) innymi niewiele zmienia w odbiorze społecznym (zamiast otępienia chorzy będą cierpieli na zaburzenia neuropoznawcze – czyli mniej zdefiniowane zaburzenie, które spowoduje nadużywanie tego terminu). Należy wątpić, czy w praktyce lekarskiej zachowane zostaną wymogi dokładnego uzasadnienia rozpoznania (choćby stosowania skal i testów przesiewowych w ocenie sprawności procesów poznawczych, skoro nie są stosowane dzisiaj). Ponieważ termin jest szeroki, łatwiej będzie lekarzom stosować leki, np. wiele osób skarżących się na zaburzenia pa-

mięci znacznie przyjmować np. inhibitory cholinesteraz. „Mniejsze zaburzenia neuropoznawcze”, czyli analogicznie do innych propozycji „podprogowe zaburzenia funkcji poznawczych”, będą sugerować stan prodromalny przed wystąpieniem otępienia! W praktyce klinicznej obecne już są zagrożenia związane z wynikami badań nad „łagodnymi zaburzeniami procesów poznawczych” (MCI). Część lekarzy na podstawie wyników badań wskazujących na częstsze występowanie otępienia u osób z MCI bez dodatkowych, szczegółowych badań (analizy dynamiki narastania objawów, diagnostyki neuropsychologicznej, badania neuroobrazowego) zleca pacjentom przyjmowanie leków prokognitywnych. Chcąc pomagać, można zaszkodzić. Stosowanie leków prokognitywnych w MCI wskutek mechanizmów wyrównawczych może pogorszyć sprawność procesów poznawczych. Podobna sytuacja dotyczy wczesnego stosowania farmakoterapii w schizofrenii przed wystąpieniem objawów psychotycznych. W obu przedstawionych sytuacjach pomija się niepewność (brak „obszaru oddzielającego”) związaną z brakiem precyzji kryteriów diagnostycznych w rozpoznawaniu choroby. U co najmniej 50% osób do końca życia nie wystąpi otępienie, schizofrenia lub depresja mimo obecności objawów, na podstawie których zastosuje się farmakoterapię (zapominanie, dziwaczne myśli, ekscentryzm, okresy przygnębienia po czynnikach wyzwalających).^{13,14}

Nie jest jasne jakiemu celowi służyć ma precyzyjne rozdzielanie objawów (nieobecnych w aktualnych klasyfikacjach) określanych roboczo ZZOP (BPSD): „zaburzenia zachowania i objawy psychotyczne występujące w otępieniu”. Ponieważ objawy te występują w zależności od rodzaju otępienia, nasilenia zaburzeń funkcji poznawczych, ale także typu osobowości przedchorowej i czynników jatrogennych – wykazują dużą zależność i zmienność. Depresja występująca w otępieniu podlega tym samym zasadom, a jej przebieg i obraz kliniczny jest atypowy. Problem dotyczy

więc nie klasyfikacji, lecz stworzenia dokładnych kryteriów operacyjnych i metod rozpoznania.

Wobec licznych zastrzeżeń ze strony doświadczonych naukowców i praktyków pojawia się pytanie: komu to ma służyć? U 56% spośród 170 członków przygotowujących DSM-IV i DSM-IV-TR stwierdzono co najmniej jeden istotny związek z firmami farmaceutycznymi. W stosunku do pracujących aktualnie grup wprowadzono istotne ograniczenia: zawieszają swoje wynagrodzenia poza otrzymanym od organizatorów DSM-V, zgadzają się na przyjęcie nie więcej niż 10 000 USD rocznie od przemysłu farmaceutycznego, nie mogą mieć akcji organizacji komercyjnych wartych więcej niż 50 000 USD, zgadzają się na nieuczestniczenie w sympozjach sponsorowanych przez firmy farmaceutyczne. Mimo to w 2009 roku organizacja przekazująca informacje o ukrytych powiązaniach (Center for Science in the Public Interest) doniosła, że 28 członków przygotowujących DSM-V jest silnie powiązanych z przemysłem farmaceutycznym, z Wiliamem Carpenterem Jr na czele, który w ciągu ostatnich 5 lat pracował dla 13 firm farmaceutycznych. Może należałoby, zgodnie z sugestią Grohola (założyciel strony PsychCentral), przeciąć więzy członków grup roboczych na 5 lat, a potem przystąpić do tworzenia nowej klasyfikacji.¹⁵

Ważniejsze jednak wydaje się pytanie: czy wiemy wystarczająco dużo o powiązaniach kliniczno-genetycznych, patomechanizmach, aby wprowadzać nową klasyfikację wiążącą obraz kliniczny z etiopatogenezą? Wydaje się, że nie. Powinniśmy być ostrożniejsi w zmienianiu klasyfikacji psychiatrycznej w krótkich, 10-20 letnich okresach, ponieważ powoduje to zamieszanie wśród lekarzy i nie przybliża zrozumienia złożoności zaburzeń psychicznych, natomiast niewątpliwie dostosowuje klasyfikację do współczesnych trendów wyobrażanych zagrożeniami zaburzeniami psychicznymi (np. uzależnienia behawioralne).¹⁶ Psychiatria jest nauką z licznymi odniesieniami do medycyny, filozofii, psychologii i socjo-

logii, co pomaga jej w próbach zrozumienia człowieka; czy warto dla chwilowych chęci dotrzymywania kroku zmianom cywilizacyjnym, mimo nadal obecnego braku spójności w rozumieniu zaburzeń psychicznych, dokonywać zmian w klasyfikacji?

Piśmiennictwo:

1. Natanson M, Strauss EW, Ey H. *Philosophy and Psychiatry*. In: Natanson M ed. *Philosophy and Philosophy*. New York: Springer-Verlag; 1969:85-100.
2. Frances A. A sharp difference of opinion. *Psychiatric Times*. 2009; July 9.
3. Carpenter WT. Criticism vs fact. *Psychiatric Times*, 2009; July 7.
4. Kennedy GJ. Proposed revisions for the diagnostic categories of dementia in the DSM-5. *Primary Psychiatry*, 2010, May.
5. Sachdev P, Andrews G, Hobbs MJ, Sunderland M, Anderson TM. Neurocognitive disorders: cluster 1 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychol. Med.*; 2009;39(12):2001-2012.
6. Andrews G, Pine DS, Hobbs MJ, Anderson TM, Sunderland M. Neurodevelopmental disorders: cluster 2 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychol. Med.* 2009;39(12): 2013-2023.
7. Carpenter WT, Bustillo JR, Thaker GK, van Os J, Krueger RF, Green MJ. The psychoses: cluster 3 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychol. Med.* 2009;39(12):2025-2042.
8. Goldberg DP, Andrews G, Hobbs MJ. Where should bipolar disorder appear in the meta-structure? *Psychol. Med.* 2009;39(12): 2071-2081.
9. Craddock N, Owen MJ. The Kraepelinian dichotomy – going, going... but still not gone. *Brit. J. Psychiatry*, 2010;196:92-95
10. Frances A. How to avoid medicalizing normal grief in DSM5. *Psychiatric Times*, 2010; 16 march
11. Frances A. DSM5 and „psychosis risk syndrome”: Not ready for prime time. *Psychiatric Times*, 2010; March 19.
12. Elfgrén Ch, Gustafson L, Vestberg S, Passat U. Subjective memory complaints, neuropsychological performance and psychiatric variables in memory clinic attendees: A 3-year follow-up study. *Arch. Gerontol. Geriatr.* 2010 doi: 10.1016/j. archger. 2010.02.009
13. Goldberg D. Should our major classifications of mental disorders be revised? *Brit. J. Psychiatry*, 2010;196:255-256.
14. Goldberg D. The classification of mental disorder: a simpler system for DSM-V and ICD-11 Advances in Psychiatric Treatment. 2010;16:14-19.
15. Kaplan A. DSM-V controversies. *Psychiatric Times*; 2009;26(1).
16. Moller H-J. Development of DSM-V and ICD-11: Tendencies and potential of new classifications in psychiatry at the current state of knowledge. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2009;63:595-612.