

## **Możliwości i ograniczenia DSM-5 w polepszeniu klasyfikacji i diagnozy zaburzeń psychicznych**

### **Possibilities and limitations of DSM-5 in improving the classification and diagnosis of mental disorders**

Hans-Jürgen Möller

Department of Psychiatry and Psychotherapy, LMU, Munich

#### **Summary**

Twenty years after publication of the previous version, the new and completely revised version of the US diagnostic system of psychiatric disorders, the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-5, was introduced in 2013. Over the course of its preparation, which took many years, current knowledge was summarized and the respective consequences for the classification and diagnosis of psychiatric disorders were discussed in groups of high-ranking experts. In many regards, DSM-5 does not fulfil the original plans and expectations; however, for the most part it can be seen as an acceptable summary of current knowledge on mental disorders. Although universities and research groups throughout the world have shown great interest in DSM-5, in countries outside the USA the ICD-10 is still the mandatory classification system, until the official introduction of the ICD-11. From many perspectives, DSM-5 can be seen as a kind of predecessor model for ICD-11. However, ICD-11, despite the original plan for it to be very similar to DSM-5, will find many of its own solutions.

This paper presents some important issues on DSM-5 that will be of interest to clinicians working in the field of mental disorders. In addition, it uses some examples to illustrate how DSM-5 operationally defines some disorders and how it differs from ICD-10 and DSM-IV.

**Słowa kluczowe:** diagnostyka, DSM-5, klasyfikacja, zaburzenia psychiczne

**Key words:** diagnostics, DSM-5, classification, mental disorders

#### **Wstęp**

Wprowadzenie zoperacjonalizowanej klasyfikacji/diagnostyki w latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych XX wieku (Kryteria diagnostyczne [DSM-III, DSM-IV] oraz sekcji psychiatrycznej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób [ICD-10]) [1] znacznie poprawiło możliwości klasyfikacji chorób psychicznych, która do tej pory

więzała się z wieloma trudnościami. Jednak ten postęp nie rozwiązał wszystkich problemów. Potrzebny był też system klasyfikacji, który obejmowałby wiedzę empiryczną uzyskaną od czasu publikacji tych systemów. Poprawa trafności i wiarygodności klasyfikacji/diagnostyki psychiatrycznej jest stałym problemem w psychiatrii. Nie jest to jednak łatwe zadanie, ponieważ w wypadku większości chorób psychicznych nie mamy do czynienia z jednorodnymi jednostkami chorobowymi, lecz konstruktami, których opis musi być dostosowany do obecnego stanu wiedzy. Wprowadzenie w 2013 roku po długich, kompleksowych pracach przygotowawczych nowej wersji systemu DSM (DSM-5) oraz spodziewane wprowadzenie zmienionej sekcji psychiatrycznej ICD (ICD-11), również po długim okresie intensywnej pracy, to próby realizacji tego celu [2, 3].

DSM-5, opublikowane przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (American Psychiatric Association – APA), jest przede wszystkim dostosowane do sytuacji i potrzeb psychiatrii w USA. Podobnie jak przy okazji poprzednich wersji jego wysoka jakość sprawiła, że zyskał on międzynarodowe znaczenie, chociaż głównie w kontekście badań naukowych. Wprowadzenie DSM-5 wzbudziło również duże zainteresowanie w wielu krajach, w których obowiązkowym systemem klasyfikacji jest ICD (obecnie ICD-10, ale w niedalekiej przyszłości ICD-11). Niektóre podejścia i zmiany w klasyfikacji psychiatrycznej w DSM-5 stanowią punkt odniesienia dla rozwoju sekcji psychiatrycznej ICD-11 (wersja robocza 2016!) i dostarczają ogólnych wskazówek co do kierunku zmian koncepcyjnych w klasyfikacji/diagnozie psychiatrycznej. W związku z tym warto przyjrzeć się bliżej tym aspektom. Ze względu na swoje fundamentalne znaczenie DSM-5 zostało przetłumaczone na kilka języków, w tym na język polski [4].

### Fundamentalne kwestie DSM-5

Struktura i charakterystyka zaburzeń psychicznych w ostatnich systemach diagnostycznych (DSM-IV, DSM-5, ICD-10, ICD-11) miejscami różnią się znacznie od tradycyjnych koncepcji psychopatologii. Dotyczy to m.in. potrzeby wypracowania bardziej precyzyjnych koncepcji w ramach operacjonalizacji, większego uwzględnienia najnowszych wyników badań oraz, w szczególności w systemie ICD, konieczności szerszych uzgodnień i kompromisów na poziomie międzynarodowym. Ogólnym celem jest poprawa trafności i wiarygodności diagnostyki psychiatrycznej.

Rzetelność przy opracowywaniu DSM-5, uwzględnianie najnowszych odkryć naukowych w tym procesie oraz zaangażowanie w prace wielu uznanych ekspertów sprawiło, że klasyfikacja jest tak wysokiej jakości. Przekazuje aktualny stan międzynarodowej, opartej na konsensusie wiedzy na temat chorób/zaburzeń psychicznych i choćby z tego powodu jest ważnym źródłem odniesienia.

Na uwagę zasługuje w tym kontekście fakt, że w trakcie rozwoju zoperacjonalizowanych systemów diagnostycznych w psychiatrii pojęcie „zaburzenie” zaczęło coraz bardziej wypierać terminy „choroba” lub „schorzenie”, głównie pod wpływem literatury amerykańskiej. Jest to wyraz koncepcji, wedle której mieszczące się w nim zjawiska w większości nie odpowiadają temu, co w medycynie nazywa się „choro-

ba” lub „schorzeniem” (tj. zespołem specyficznych objawów o wyraźnej przyczynie organicznej i typowym przebiegu), a raczej są nie do końca oczywiste z medycznego punktu widzenia, zatem mogą być traktowane wyłącznie opisowo.

Ze względu na ograniczenia związane z objętością niniejszej publikacji nie jest możliwe przedstawienie wszystkich istotnych aspektów obszernej klasyfikacji DSM-5 – oryginalna wersja angielska zawiera około 900 stron! Dlatego w tym artykule skupimy się tylko na ważnych aspektach podstawowych i kilku aspektach związanych z zaburzeniami. Osoby zainteresowane bardziej szczegółowym ich omówieniem odsyłamy do tekstu samego DSM-5 oraz niektórych publikacji prezentujących DSM-5 w sposób opisowy lub krytyczny [np. 5, 6]. Wskazówki dotyczące wdrażania DSM-5 w praktycznej pracy klinicznej można znaleźć w najnowszych wersjach podręczników psychiatrycznych.

Od razu trzeba zaznaczyć, że DSM-5 nie jest tak innowacyjny, jak to było pierwotnie planowane [5, 6]. Na przykład forsowany pomysł wprowadzenia przede wszystkim objawowego/wymiarowego systemu diagnostycznego, zamiast poprzednich jednostek chorobowych/zaburzeń, został porzucony z kilku powodów naukowych i pragmatycznych. Stało się tak nawet w wypadku zaburzeń osobowości, w odniesieniu do których podejście objawowe/wymiarowe wydawało się szczególnie prawdopodobne i przedstawiono już jego wstępną koncepcję (opublikowaną w rozdziale 3 DSM-5 jako „warunek dalszego badania”). Zamiar włączenia biomarkerów do obiektywizacji diagnozy w wielu chorobach/zaburzeniach również nie został zrealizowany z braku wystarczających stabilnych ustaleń neurobiologicznych.

Ogólnie rzecz biorąc, autorom DSM-5 nie udało się dokonać konceptualizacji chorób psychicznych/zaburzeń jako neurobiologicznie zdefiniowanych bytów, mimo że był to pierwotny cel całego projektu. Neurobiologiczne odkrycia w dziedzinie genetyki, biologii molekularnej, badań obrazowych, neuropatologii i innych nie ujawniają wyraźnych lub adekwatnych związków z tradycyjnymi chorobami/zaburzeniami. Ten stan wiedzy empirycznej, choć znany od dawna, bardzo rozczarował psychiatrów.

Przygotowanie DSM-5 i dyskusje na temat wymienionych powyżej podstawowych problemów przyczyniły się do lepszego przeglądu stanu wiedzy w naszej specjalności zarówno na poziomie teorii, jak i praktyki.

Poprzedni system kategorialny i strukturalny został w dużej mierze zachowany [2, 5], chociaż pojawiły się znaczące zmiany i uzupełnienia. Tabela 1 zawiera ogólny przegląd struktury DSM-5.

Tabela 1. **Ogólny przegląd rozdziałów w DSM-5 (w skrócie) [2]**

Zaburzenia neurorozwojowe Niepełnosprawność intelektualna; Zaburzenia komunikacji; Zaburzenie należące do spektrum autyzmu; Zaburzenie z deficytem uwagi i nadaktywnością; Specyficzne zaburzenie uczenia się; Zaburzenia ruchowe
Zaburzenia należące do spektrum schizofrenii i inne zaburzenia psychotyczne Zaburzenie schizotypowe (osobowościowe); Zaburzenia urojeniowe; Krótkotrwałe zaburzenia psychotyczne; Zaburzenie pod postacią schizofrenii; Schizofrenia; Zaburzenie schizoafektywne

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

Zaburzenia dwubiegunowe i inne z nimi związane
Zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu I; Zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu II; Zaburzenie cyklotymiczne; Inne określone zaburzenia afektywne dwubiegunowe i inne z nimi związane Zaburzenia depresyjne Dezorganizujące zaburzenie regulacji nastroju; Większe zaburzenie depresyjne; Uporczywe zaburzenie depresyjne
Zaburzenia lękowe Separacyjne zaburzenie lękowe; Mutyzm selektywny; Fobia swoista; Społeczne zaburzenie lękowe (fobia społeczna); Zaburzenie lękowe uogólnione; Agorafobia; Zespół lęku uogólnionego
Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne i inne z nimi związane Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne; Cieleśne zaburzenie dysmorficzne; Zbieractwo patologiczne; Trichotillomania; Wywołane zapalenie skóry
Zaburzenia pourazowe i związane z czynnikiem stresowym Reaktywne zaburzenia przywiązania; Reaktywne utrudnienie nawiązywania relacji społecznych w dzieciństwie; Zespół stresu pourazowego; Ostra reakcja na stres; Zaburzenia adaptacyjne
Zaburzenia dysocjacyjne Dysocjacyjne zaburzenie tożsamości; Amnezja dysocjacyjna; Zaburzenie depersonalizacyjne/derealizacyjne
Zaburzenia z objawami somatycznymi i inne z nimi związane (pokrewne) Zaburzenie pod postacią somatyczną; Zaburzenie z lękiem o stan zdrowia; Zaburzenie konwersyjne; Czynniki psychiczne wpływające na inny stan ogólnomedyczny; Zaburzenie pozorowane
Zaburzenia jedzenia i odżywiania się Pica; Zaburzenie przeżuwania; Zaburzenie polegające na ograniczaniu/unikaniu przyjmowania pokarmów; Jadłowstręt psychiczny; Żarłoczność psychiczna; Zaburzenie z napadami objadania się
Zaburzenia wydalania Moczenie się; Zanieczyszczanie się kałem
Zaburzenia snu i czuwania Zaburzenia polegające na bezsenności; Zaburzenia z nadmierną sennością; Narkolepsja; Zaburzenia snu związane z oddychaniem; Parasomnie
Dysfunkcje seksualne Opóźniony wytrysk; Zaburzenie wzwodu; Zaburzenie orgazmu kobiet; Zaburzenie zainteresowania/ wzbudzenia seksualnego u kobiet; Bolesność genitalno-miedniczna/Zaburzenie penetracji; Osłabienie pożądania seksualnego u mężczyzn; Przedwczesny (Wczesny) wytrysk nasienia
Dysforia płciowa (Zaburzenia tożsamości płciowej)
Zaburzenia niszczyielskie, kontroli impulsów i zachowania Zaburzenia opozycyjno-buntownicze; Okresowe zaburzenia eksplozywne; Zaburzenia zachowania; Antyspołeczne zaburzenie osobowości; Piromania; Kleptomania
Zaburzenia związane z substancjami i uzależnienia Zaburzenie używania; Zatrucie; Odstawienie: alkoholu, kofeiny, konopi, substancji halucynogennych, substancji wziewnych, opioidów, leków uspokajających, nasennych lub przeciwłękowych, stymulantów, tytoniu; Hazard patologiczny

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

<p>Zaburzenia neuropoznawcze</p> <p>Majaczenie; Większe i łagodniejsze zaburzenia poznawcze (spowodowane: chorobą Alzheimera; zwyrodnieniem czołowo-skroniowym, chorobą z ciałami Lewy'ego; chorobą naczyniową; urazowym uszkodzeniem mózgu; stosowaniem substancji/leków; zakażeniem HIV; chorobą prionową; chorobą Parkinsona; chorobą Huntingtona)</p>
<p>Zaburzenia osobowości</p> <p>Zaburzenia osobowości – wiązka A (paranoiczne, schizoidalne, schizotypowe); Zaburzenia osobowości – wiązka B (antyspoleczne, typu borderline, histrioniczne, narcystyczne); Zaburzenia osobowości – wiązka C (unikowe, zależne, obsesyjno-kompulsyjne)</p>
<p>Parafilie</p> <p>Oglądactwo (voyeuryzm); Ekshibicjonizm; Ocieractwo (frotteryzm); Masochizm seksualny; Sadyzm seksualny; Pedofilia; Fetyszizm; Transwestytyzm</p>

Z różnych powodów (np. braku trafności i niepraktyczności) pierwotny plan łączenia psychoz schizofrenicznych i zaburzeń dwubiegunowych w nadrzędne „spektrum psychotyczne” nie został zrealizowany. Jest to postrzegane jako problem przez niektórych ekspertów, w szczególności w odniesieniu do genetycznego nakładania się tych dwóch grup zaburzeń. Tym samym główny rozdział poświęcony zaburzeniom schizofrenicznym w DSM-5 zatytułowany jest *Zaburzenia należące do spektrum schizofrenii i inne zaburzenia psychotyczne*. Charakterystyka objawów psychoz schizofrenicznych została uproszczona nawet bardziej niż w DSM-IV – nie uwzględniono ani pierwszorzędnych objawów (według Kurta Schneidera), ani większości tradycyjnych podtypów (ze względu na ich nieistotność lub brak stabilności). Z tych ostatnich pozostaje tylko katatonia, chociaż już nie jako podtyp schizofrenii, ale jako krzyżowy test określający objawy katatoniczne, które mogą się pojawiać m.in. w zaburzeniach afektywnych.

W DSM-5 po raz pierwszy zamieszczono osobny rozdział dotyczący zaburzeń dwubiegunowych – *Zaburzenia (afektywne) dwubiegunowe i inne z nimi związane*. Uwzględniła ona zarówno manię (tak jak poprzednio), jak i depresję jako część zaburzenia dwubiegunowego. Po raz pierwszy zatem te dwie podgrupy zaburzeń dwubiegunowych – mania i depresja – zostały przedstawione razem w niezależnym rozdziale. Większość ekspertów zajmujących się zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi uważa tę decyzję za sensowną, chociaż inni, którzy koncentrują się na całym obszarze zaburzeń afektywnych, postrzegają brak ich powiązania z (jednobiegunową) depresją, a tym samym z tą częścią spektrum zaburzeń afektywnych, jako problematyczny. Ze względu na nieprawdopodobną i często krytykowaną częstotliwość „dwubiegunowej” diagnozy wśród dzieci w USA wprowadzono nową kategorię diagnostyczną – „Zaburzenie o destrukcyjnej regulacji nastroju”, choć umieszczono ją w rozdziale dotyczącym zaburzeń depresyjnych; ta nowa kategoria ma lepiej reprezentować zjawisko obserwowane u dzieci/młodzieży. Deskryptor „z cechami mieszanymi” powinien zwrócić uwagę na mieszane formy depresji i manii i uchwycić domieszkę odpowiedniego przeciwnego biegunu, tj. objawy maniakalne w depresji i objawy depresji w manii. To podejście służy zapewnieniu zróżnicowanej i quasi-wymiarowej reprezentacji poprzedniej koncepcji „stanów mieszanych”. Ponadto kategoria „Zaburzenie dwubiegunowe określone inaczej i pokrewne oraz zaburzenie dwubiegunowe nieokreślone

i pokrewne” przedstawia szereg głównie dwubiegunowych manifestacji, a tym samym poszerza zakres diagnostyki bipolarnej.

Rozdział dotyczący depresji obejmuje obecnie tylko (jednobiegunową) depresję („duże zaburzenie depresyjne”), a nie depresję jako część zaburzenia dwubiegunowego. Poza depresją główną w formie epizodycznej i nawrotowej rozdział ten łączy dotychczasową kategorię „dystymię” z przewlekłymi postaciami depresji w kategorii „uporczywe zaburzenia nastroju”. Zawiera również „zaburzenie dysforyczne przedmiesiączkowe”. W kontekście depresji należy zwrócić szczególną uwagę na łagodne objawy wskazujące na dwubiegunowość i formy mieszane między depresją a manią (podobnie, te obszary przejściowe odnoszą się do manii – patrz wyżej). Aby uchwycić zachodzące na siebie objawy z pogranicza, DSM-5 udostępnia deskryptor „z cechami mieszanymi”. Dodatkowy deskryptor „z objawami lęku” odnosi się do kolejnego wspólnego obszaru przejściowego – w pełni wyrażonych lub częściowo nakładających się objawów depresji i lęku.

Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne zostały usunięte z rozdziału dotyczącego zaburzeń lękowych – zmiana ta odpowiada tradycyjnej europejskiej psychopatologii. Zaburzenia te zostały znacznie rozszerzone przez dodanie powiązanych zaburzeń (takich jak zbieractwo patologiczne, zaburzenia wrywania sobie włosów, dysmorfofobia) i są obecnie prezentowane w osobnym rozdziale. Ten niezależny i znacznie rozszerzony rozdział, zatytułowany *Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne i pokrewne*, w większym stopniu uwzględnia rozpowszechnienie i znaczenie kliniczne tych zaburzeń w porównaniu z poprzednimi systemami klasyfikacji. Dodatkowe kody pozwalają na lepsze odróżnienie zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych psychotycznych od niepsychotycznych.

Teraz, gdy zaburzenia związane z traumą i stresem zostały usunięte z rozdziału dotyczącego zaburzeń lękowych, zawiera on jedynie klasyczne zaburzenia lękowe, przy czym szczególnie zmieniono definicję zaburzenia lęku uogólnionego. Kategoria „mieszane zaburzenia lękowe i depresyjne” nie jest stosowana w przypadku mieszanej formy łagodnych objawów depresyjnych i lękowych; zamiast tego nakładanie się symptomów depresyjnych i lękowych można opisać, stosując deskryptor „z objawami lęku”, który jest zawarty w części dotyczącej zaburzeń depresyjnych.

Trauma i zaburzenia związane ze stresem znalazły się w niezależnym rozdziale, który oprócz ostrego zaburzenia stresowego obejmuje np. zaburzenie stresu pourazowego. Wielu ekspertów uważa, że jest to ważne ulepszenie, które ma sens z punktu widzenia fenomenologicznego i patogenetycznego oraz w większym stopniu uwzględnia rosnące znaczenie zespołu stresu pourazowego. Rozdział *Zaburzenia z objawami somatycznymi i pokrewne* zawiera kilka zaburzeń, które były już obecne w DSM-IV i ICD-10, chociaż niekiedy ich definicje uległy zmianie – pomimo podobnych terminów diagnostycznych. Tak więc DSM-5 używa terminu „zaburzenie z objawami somatycznymi” wobec ważnej grupy określanej w ICD-10 jako „zaburzenia somatyzacyjne”, a w kryteriach diagnostycznych, oprócz objawów somatycznych, silnie akcentuje się aspekt stresu lub lęku (patrz tab. 2).



Tabela 2. Wytyczne diagnostyczne dla zaburzeń somatyzacyjnych według ICD-10 i kryteria diagnostyczne dla zaburzeń somatycznych według DSM-5 (fragmenty) [1, 2]

ICD-10
<p>Główną cechą tego zaburzenia są różnorodne, nawracające i często zmieniające się objawy somatyczne, które utrzymują się od co najmniej dwóch lat. Większość pacjentów ma za sobą długą i skomplikowaną historię kontaktów z podstawową i specjalistyczną opieką zdrowotną, włącznie z licznymi negatywnymi wynikami badań i bezowocnymi operacjami eksploracyjnymi. Objawy mogą dotyczyć każdej części ciała czy układu. Przebieg zaburzenia jest przewlekły i zmienny i często łączy się z zakłóceniem funkcjonowania społecznego, interpersonalnego i rodzinnego.</p> <p style="text-align: center;">Kryterium czasowe: co najmniej dwa lata.</p>
DSM-5
<p>Co najmniej jeden objaw somatyczny, który wywołuje cierpienie lub powoduje znaczące zaburzenia codziennego funkcjonowania.</p> <p>Nadmiernie nasilone myśli, uczucia lub zachowania związane z występującymi objawami somatycznymi lub dotyczące obaw o stan zdrowia wyrażane przez co najmniej jedno z poniższych: – Nieproporcjonalne i uporczywe myśli dotyczące ciężkości występujących objawów. – Przewlekłe utrzymujący się niepokój dotyczący zdrowia lub opisanych objawów. – Nadmierna ilość czasu i energii poświęcana objawom lub obawom o stan zdrowia.</p>

Przekłada się to m.in. na trudności ze zdefiniowaniem diagnozy DSM-5 „zaburzenia z lękiem o stan zdrowia”, która również znajduje się w tym rozdziale i jest tradycyjnie określana w ICD-10 jako „zaburzenie hipochondryczne”. Trzeba naprawdę uważnie przestudiować te nowe definicje. Chociaż prezentacja tej ważnej grupy zaburzeń uległa poprawie w porównaniu z DSM-IV, nadal nie jest ona całkiem udana nie tylko z perspektywy klinicysty, ale także z punktu widzenia ekspertów w tej dziedzinie. Jest to związane z podstawowymi trudnościami w klasyfikowaniu tego zakresu zjawisk do klarownych fenotypów i ich systematyzacji. Ten aspekt wymaga więcej pracy, ponieważ ta grupa zaburzeń jest niezwykle rozpowszechniona i klinicznie istotna w obszarze przejściowym między chorobami psychicznymi i fizycznymi, a tym samym ma duże znaczenie w leczeniu psychiatryczno-psycho-somatycznym.

Prezentacja zaburzeń związanych z substancjami psychotropowymi pozwala uniknąć używania terminu „uzależnienie”. Powód podjęcia tej decyzji przez grupę DSM nie jest naukowy, ale psychologiczny: ludzie nie chcą czuć się zależni lub być okreśłani jako zależni. To rozważanie postaw społecznych i unikanie dyskryminacji związanej z określonymi postawami jest charakterystyczne dla „filozofii” DSM-5 i spowodowało m.in., że w jego nowej wersji unika się terminu „demencja” (patrz niżej). Prezentacja zaburzeń związanych z używaniem substancji psychotropowych nie rozróżnia już „niewłaściwego użycia” od „uzależnienia”, ale odnosi się do ogólnego zjawiska. Na przykład w wypadku alkoholu mamy do czynienia z „zaburzeniem używania alkoholu”, które jest zdefiniowane przez 11 kryteriów. Zaburzenie dzieli się następnie na łagodne, umiarkowane i ciężkie, w zależności od liczby spełnionych kryteriów, przy czym „ciężkie” w przybliżeniu odpowiada uzależnieniu od alkoholu w tradycyjnym znaczeniu.

W DSM-5, podobnie jak w DSM-IV, nie ma również osobnej kategorii chorób psychicznych tradycyjnie nazywanych „organicznymi”. Jeżeli istnieje możliwy do

zidentyfikowania korelat organiczny, DSM-5 określa go jako „inny stan chorobowy”. Analogicznie do zaburzeń wywołanych konkretną substancją (patrz niżej) zaburzenia przypisywane „innym schorzeniom” odnosi się do głównej grupy odpowiadającej kardynalnym objawom psychopatologicznym.

Choroby neuropoznawcze, które zwykle mają podstawę organiczną, przedstawiono w osobnym rozdziale. Jednak terminy „zespół otępienny” i „zespół amnestyczny” nie są już stosowane i zastępuje się je terminem „zaburzenie neuropoznawcze”, które jest następnie różnicowane na podstawie stopnia jego nasilenia i czynników etiopatogenetycznych. Poza zaburzeniem neuropoznawczym niezależnym syndromem jest teraz także „delirium” – kolejny „zespół organiczny” w tradycyjnym sensie. Niestety, z braku miejsca nie możemy tu omówić innych podejść i zmian, takich jak nowy rozdział dotyczący zaburzeń ze spektrum autyzmu i rozdziałów przedstawiających różne zaburzenia seksualne.

### Kliniczne zastosowanie DSM-5

Niniejszy rozdział nie tylko przedstawia kilka przykładów zastosowania klinicznego DSM-5, ale obrazuje, że przedstawione kwestie są charakterystyczne dla całej klasyfikacji.

#### Schizofrenia

Jak już wspomniano, kryteria diagnostyczne związane z objawami schizofrenii w DSM-5 są jeszcze prostsze niż w DSM-IV. W związku z tym nie wydają się zbyt dyskryminacyjne w porównaniu np. nie tylko z pierwszorzędnymi objawami według Kurta Schneidera, ale także z ICD-10, które nadal ściśle wiąże się z tradycyjną psychopatologią schizofrenii (tab. 3). Jeśli stosuje się te kryteria, nie od razu pojawia się charakterystyczny obraz kliniczny pacjenta z psychozą schizofreniczną. Autorzy DSM-5 postanowili podjąć ten pozornie radykalny krok, ponieważ uważali, że nie ma wystarczających dowodów empirycznych na tradycyjną teorię, np. pod względem objawów pierwszego rzędu, chociaż ta decyzja została również skrytykowana [3].

**Tabela 3. Wytyczne diagnostyczne lub kryteria dotyczące zaburzeń ze spektrum schizofrenii według ICD-10 i DSM-5 [1, 2]**

ICD-10
Rozpoznanie schizofrenii wymaga co najmniej jednego bardzo wyraźnego objawu (lub dwóch lub więcej, jeśli są mniej jednoznaczne) z grupy 1–4 poniżej, lub co najmniej dwóch z grupy 5–8.
1. Echo myśli, nasylanie lub zbieranie myśli itp.
2. Złudzenia kontroli, wpływu lub bierności, urojeniowe postrzeganie itp.
3. Głosy omamowe komentujące lub dyskutujące między sobą.
4. Inne utrwalone urojenia o dziwacznej lub niedostosowanej kulturowo treści.
5. Utrwalone omamy z zakresu jakiegokolwiek zmysłu, występujące każdego dnia w ciągu co najmniej miesiąca i towarzyszą im urojenia – mogą być zwiewne.

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*



6. Rozkojarzenie lub niedostosowanie wypowiedzi, neologizmy, przerwy lub wstawki w toku myślenia.

7. Zachowanie katatoniczne.

8. Objawy negatywne: apatia, zubożenie wypowiedzi, spłylenie reakcji emocjonalnych, które nie są spowodowane depresją lub lekami neuroleptycznymi.

9. Znacząca i konsekwentna zmiana ogólnej jakości niektórych aspektów osobistych zachowań, przejawiająca się jako bezcelowość, beczynność, samopochłaniająca postawa i wycofanie społeczne.

Przebieg zaburzeń schizofrenicznych może być ciągły lub epizodyczny, z postępującym lub stabilnym deficytem, bądź też może wystąpić jeden lub więcej epizodów z pełną lub częściową remisją. Rozpoznanie schizofrenii nie należy stawiać, jeżeli występują nasilone objawy depresyjne lub maniakalne, chyba że objawy schizofreniczne wyraźnie poprzedzają zaburzenia afektywne. Schizofrenii nie należy również rozpoznawać w przypadku występowania poważnej choroby mózgu, ani też w przypadku zatrucia substancjami lub ich odstawienia.

#### DSM-5

A. Obecność dwóch (lub więcej) spośród wymienionych objawów, z których każdy jest obecny przez znaczną część czasu w okresie miesiąca (lub krócej, jeśli wdrożono odpowiednie leczenie). Jeden z objawów (1), (2) lub (3) musi występować:

1. Urojenia.

2. Omamy.

3. Dezorganizacja mowy (np. częste ześlizgiwanie się lub niespójność).

4. Zachowania rażąco zdeorganizowane lub katatoniczne.

5. Objawy negatywne (np. spłylenie afektywne lub awolacja)

Przez istotną część czasu od początku zakłócenia jeden lub więcej takich obszarów funkcjonowania, jak praca, związki interpersonalne lub troska o siebie, są znacznie poniżej poziomu osiągniętego przed zachorowaniem (lub, jeśli zachorowanie przypadło w okresie dzieciństwa bądź dorastania, nieosiągnięciu oczekiwanego poziomu dokonań interpersonalnych, szkolnych lub zawodowych).

Ciągłe oznaki zakłócenia trwają co najmniej 6 miesięcy, okres ten musi obejmować co najmniej miesiąc objawów (lub mniej, jeśli są z powodzeniem leczone), które spełniają kryterium A (tzn. objawów fazy aktywnej) i może obejmować okresy zwiastunowy i rezydualny.

Charakterystyka objawów psychoz schizofrenicznych wydaje się teraz stosunkowo prosta, co nie podoba się zwłaszcza zwolennikom dyskryminacyjnej psychopatologii – w sensie tradycyjnej fenomenologii [5].

Z powodu niewystarczającej trafności i stabilności w czasie podtypy schizofrenii również zostały w dużej mierze wyeliminowane. Zamiast tego DSM-5 oferuje możliwość oceny ciężkości pierwotnych objawów schizofrenicznych – urojeń, halucynacji, dezorganizacji mowy, aktywności psychomotorycznej i objawów negatywnych – w pięciopoziomowej skali oceny (0–4), a tym samym spersonalizowania opisu poszczególnych pacjentów. Jednak ta specyfikacja nie jest wymagana do diagnozy. Ponadto wprowadzono „deskryptor katatonii”. Deskryptor ten służy do scharakteryzowania objawów katatonicznych, które nie są już postrzegane jako symptomy tylko schizofrenii, ale także jako potencjalne objawy np. zaburzeń afektywnych. Kryteria dla deskryptora są następujące:

- Stupor,
- Katalepsja,

- Giętkość woskowa,
- Mutyzm,
- Negatywizm,
- Zastyganie,
- Manieryzm,
- Stereotypia,
- Pobudzenie, na które nie wpływają bodźce zewnętrzne,
- Grymasy,
- Echolalia,
- Echopraksja.

Katatonia nie jest zatem postrzegana jako swoisty podtyp schizofrenii, ale jako nieokreślony pod względem nozologicznym zespół psychopatologiczny. Postulat Kraepelina o chorobie resztkowej wynikającej z niekorzystnego przebiegu nie został uwzględniony w DSM-5. Zamiast tego wymienia się tam kilka korzystnych i niekorzystnych przebiegów choroby, które można zdiagnozować jako takie. Mówiąc ogólniej, dostarcza on ocenianych klinicznie wymiarów „nasilenia objawów psychozy” w celu oceny psychoz schizofrenicznych i afektywnych (spektrum psychotyczne). Skalę można wykorzystać do oceny ciężkości (0–4) ośmiu domen objawowych psychoz, takich jak:

- Urojenia,
- Omamy,
- Dezorganizacja mowy,
- Zachowania rażąco zdeorganizowane lub katatoniczne,
- Objawy negatywne,
- Upośledzenie funkcji poznawczych,
- Presja,
- Mania.

Interesująca jest zawierająca 36 pozycji wersja samooceny niepełnosprawności w DSM-5 (Część III), która została pierwotnie opracowana przez WHO jako instrument oceny przez obserwatora. Ocenianych jest kilka obszarów, takich jak:

- Zrozumienie i komunikacja,
- Mobilność,
- Samoopieka,
- Radzenie sobie z innymi ludźmi,
- Działalność związana z życiem (gospodarstwa domowe),
- Aktywność życiowa (szkoła/praca),
- Udział w społeczeństwie.

Narzędzie to umożliwia zatem ocenę zaburzeń psychospołecznych związanych z chorobą i następstw psychoz schizofrenicznych i innych chorób psychicznych w zróżnicowany sposób, przez co pozwala lekarzowi na wytworzenie indywidualnego obrazu pacjenta powyżej poziomu objawów. Powszechnie wiadomo, że objawy psychopatologiczne mogą mieć różne konsekwencje psychospołeczne u różnych osób i że ciężkość zaburzenia psychicznego wiąże się z różnymi konsekwencjami psychospołecznymi [7]. Część III DSM-5 zapewnia także dodatkowe instrumenty oceny własnej i obserwatora, w tym narzędzia, które mają w założeniu wspierać ogólne podejmowanie decyzji klinicznych. Na uwagę zasługuje w tym kontekście kwestionariusz samooceny, który jest zalecany jako narzędzie przesiewowe i obejmuje 13 obszarów objawów (w skali 0–4).

### Depresja

Objawowe i inne kryteria dużej depresji nie zmieniły się znacząco w DSM-5 (tab. 4). Dodatkowe specyfikacje są możliwe w odniesieniu do różnych aspektów symptomatycznych i związanych z przebiegiem, które pozostają raczej niezmienione w stosunku do wcześniejszych podejść.

Tabela 4. Wytyczne diagnostyczne dla epizodu depresyjnego według ICD-10 i kryteria diagnostyczne dla ciężkiej depresji według DSM-5 [1, 2]

ICD-10
Objawy
Obniżenie nastroju, zmniejszenie zdolności do przyjemności mogą być najsilniejsze rano
Utrata zainteresowania
Znaczne zmęczenie nawet przy minimalnym wysiłku, zmniejszonej motywacji i energii
Upośledzenie psychoruchowe, pobudzenie
Ograniczona koncentracja
Zmniejszona samoocena
Idee winy lub bezwartościowości
Negatywne i pesymistyczne myśli o przyszłości
Myśli/akty samobójcze
Zakłócony sen (wczesne wybudzenie się)
Zmniejszony apetyt, utrata masy ciała
Utrata libido
Stopień nasilenia:
Łagodny epizod depresyjny
Epizod depresji umiarkowanej
Ciężki epizod depresji bez objawów psychotycznych = duża depresja, melancholia
Ciężki epizod depresji z objawami psychotycznymi, depresją psychotyczną; także obecne: złudzenia (ubóstwo, grzech), depresyjne osłupienie
Minimalny czas trwania: 2 tygodnie

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

<p>Przebieg nawroty (&gt; 2 epizody)</p> <p>DSM-5</p> <p>Objawy</p> <p>Pięć (lub więcej) spośród wymienionych objawów występuje w ciągu tego samego 2-tygodniowego okresu, powodując zmianę w stosunku do dotychczasowego poziomu funkcjonowania. Obniżony nastrój utrzymujący się przez większą część dnia, prawie każdego dnia, ujawniany albo w postaci subiektywnych skarg, albo za pośrednictwem obserwacji czynionych przez inne osoby</p> <p>Znaczne zmniejszenie zainteresowań i zdolności do odczuwania przyjemności w stosunku do wszystkich lub prawie wszystkich aktywności</p> <p>Znaczący spadek masy ciała, bez rozmyślnego ograniczenia przyjmowanych pokarmów lub zwiększenie masy ciała</p> <p>Bezsenna lub nadmierna senność niemal każdego dnia</p> <p>Pobudzenie lub spowolnienie psychoruchowe</p> <p>Zmęczenie lub poczucie braku energii</p> <p>Poczucie braku własnej wartości lub nieadekwatne, nadmierne poczucie winy</p> <p>Zmniejszona zdolność myślenia lub koncentracji albo brak zdecydowania</p> <p>Nawracające myśli o śmierci</p> <p>Występowanie objawów powoduje kliniczne istotne cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania społecznego, zawodowego lub w innym obszarze</p> <p>Objawy nie są wywoływane fizjologicznym działaniem substancji ani innym stanem ogólnomedycznym</p> <p>Uszczegółowienie ciężkości</p> <p>Łagodne</p> <p>Umiarkowane</p> <p>Ciężkie</p> <p>Z objawami psychotycznymi</p> <p>Minimalny czas trwania: Objawy muszą utrzymywać się przez co najmniej 2 kolejne tygodnie</p> <p>Przebieg: częściowa remisja, pełna remisja</p>
--

Wspomniany powyżej nowo opracowany „deskryptor katatonii” może być również użyty do dalszego opisu. Tradycyjną koncepcję melancholii można przedstawić za pomocą specyfikacji „z cechami melancholicznymi”:

- A. Jedna z poniższych sytuacji występuje w najcięższym okresie epizodu:
  - Anhedonia,
  - Brak reakcji na przyjemne bodźce.
- B. Trzy (lub więcej) z następujących:
  - Znacznie obniżony nastrój,
  - Gorsze samopoczucie rano,
  - Wczesne wybudzenia,
  - Wyraźne pobudzenie lub spowolnienie,
  - Jadłowstręt lub znaczna utrata masy ciała,
  - Nieadekwatne, nadmierne poczucie winy.

Jeśli chodzi o koncepcję okołosyndromalnych symptomów maniakalnych lub przejścia do objawów maniakalnych, szczególne znaczenie ma deskryptor „stanów mieszanych”. Nakładanie się z objawami lękowymi można przedstawić za pomocą deskryptora „z objawami lęku”.

### Alkoholizm

Jak wspomniano powyżej, określenia takie jak „zależność” lub „uzależnienie” nie są stosowane w DSM-5. W wypadku alkoholizmu w DSM-5 używa się zatem terminu „zaburzenia używania alkoholu”. Podaje się jego 11 kryteriów diagnostycznych. O problemowym wzorze picia alkoholu można mówić, jeśli zachowanie danej osoby odpowiada co najmniej dwóm kryteriom z wymienionych poniżej i utrzymuje się przez 12 miesięcy.

- Alkohol często jest wypijany w dużych ilościach lub przez okres dłuższy niż zamierzony.
- Występują trwałe pragnienie lub bezskuteczne próby przerwania albo kontrolowania picia.
- Poświęca się dużo czasu na działania niezbędne do pozyskania alkoholu, picia go lub odwracania efektów jego działania.
- Pragnienie, silna potrzeba lub przymus picia alkoholu.
- Powtarzające się picie alkoholu powoduje trudności w wypełnianiu podstawowych obowiązków w pracy, szkole lub w domu (ich zaniedbywanie).
- Powtarzające się picie alkoholu w sytuacjach, w których jest to fizycznie ryzykowne.
- Kontynuowanie picia alkoholu pomimo świadomości istnienia trwałych lub nawracających problemów fizycznych lub psychicznych, które zostały spowodowane lub zaostrzyły się z powodu picia.
- Tolerancja na alkohol.
- Występowanie zespołu abstynencyjnego.

Zaburzenie dzieli się na trzy poziomy nasilenia w zależności od liczby objawów, przy czym umiarkowane (4–5) i ciężkie (6 lub więcej) są podobne do obrazu klinicznego pacjentów z „uzależnieniem” w tradycyjnym znaczeniu.

### Otępienie

Zaburzenia neuropoznawcze zostaną tutaj wymienione jako dodatkowy przykład. DSM-5 używa terminu „ciężkie zaburzenie neuropoznawcze” zamiast „demencja/otępienie”, chociaż pozwala na stosowanie terminu „otępienie” w etiologii podtypów zaburzeń, w których to określenie jest standardem, np. „otępienie typu alzheimerowskiego”. Podobnie jak w wypadku „otępienia” w ICD-10, „zaburzenie neuropoznawcze” w DSM-5 koncentruje się wyłącznie na zaburzeniach poznawczych. Podano kryteria

określające poziomy uciążliwości, ułatwiająca diagnozę. Należy odróżnić „ciężkie zaburzenie neuropoznawcze” od „łagodnego zaburzenia neuropoznawczego” (tab. 5).

**Tabela 5. Wytyczne diagnostyczne dla otępienia według ICD-10 i kryteria diagnostyczne dla zaburzeń neuropoznawczych (NCD) według DSM-5 [1, 2]**

<p>ICD-10</p> <p>Objawy</p> <p>Pogorszenie pamięci</p> <p>Pogorszenie myślenia</p> <p>Pogorszenie osądu</p> <p>Zredukowana pomysłowość</p> <p>Nieprawidłowe przetwarzanie informacji</p> <p>Spadek zdolności kognitywnych powoduje zaburzenia w codziennym życiu</p> <p>Utrzymana świadomość otoczenia</p> <p>Nasilenie: łagodne, umiarkowane, ciężkie</p> <p>Przebieg: przewlekły, otępienie może być odwracalne</p>
<p>DSM-5</p> <p>Objawy</p> <p>Istnieją dowody na znaczne pogorszenie sprawności funkcji poznawczych w stosunku do poziomu wyjściowego, w co najmniej jednym z obszarów: uwaga złożona, funkcje poznawcze, uczenie się i pamięć, język, postrzeganie i funkcje ruchowe, funkcje społeczne oceniane na podstawie:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Obawy danej osoby, relacje przekazywane przez inną, dobrze poinformowaną osobę lub ocenę lekarza, uwzględniając znaczące pogorszenie sprawności funkcji poznawczych danej osoby.</li> <li>2. Znaczące upośledzenie funkcji poznawczych, najlepiej udokumentowane za pomocą wystandardyzowanych neuropsychologicznych metod badawczych.</li> </ol> <p>Zaburzenia funkcji poznawczych wpływają na niezależność danej osoby w codziennym funkcjonowaniu.</p> <p>Zaburzenia funkcji poznawczych nie występują wyłącznie w przebiegu majaczenia.</p> <p>Uszczegółowienie ciężkości: łagodne, umiarkowane, ciężkie</p> <p>Przebieg: Podobny do opisanego w ICD-10, ale bardziej szczegółowe informacje znajdują się w części „Rozwój i przebieg”.</p>

### Ocena i uwagi końcowe

DSM-5 ma duże znaczenie dla pracy klinicznej, ponieważ ułatwia diagnostykę różnicową. Dzięki różnym dodatkowym elementom, takim jak cechy powiązane, deskryptory i ocena poziomu, DSM-5 umożliwia zróżnicowaną ocenę objawów i, w stosownych przypadkach, adaptację psychospołeczną, która wykracza poza zwykłą diagnozę zaburzenia. Indywidualna sytuacja pacjenta może być zatem przedstawiona w znacznie bardziej szczegółowy sposób niż przy okazji mniej lub bardziej kategorycznej „diagnozy zaburzeń”. Nie wiadomo tylko, czy te dodatkowe opcje zostaną w pełni wykorzystane z uwagi na ograniczenia czasowe w codziennej praktyce klinicznej i stały

brak specjalistów. Tak czy inaczej, ze względu na różne opcje DSM-5 powinien być postrzegany przez wykwalifikowanych lekarzy jako doskonała pomoc w różnicowaniu także pod kątem leczenia – psychoterapii i farmakoterapii.

„Jednostki zaburzeń” przedstawione w DSM-5 odpowiadają w dużej mierze tym z DSM-IV. Niektóre z nich są nowe, a niektóre zostały po prostu inaczej określone (często w sposób bardziej szczegółowy/precyzyjny); niektóre przypisano do innych głównych grup niż wcześniej, a niektóre tradycyjne nazwy zaburzeń zostały zastąpione nowszymi, rzekomo mniej dyskryminującymi terminami. Ogólnie DSM-5 bierze pod uwagę przyrost wiedzy empirycznej, a większość zmian jest zrozumiała w odniesieniu do medycyny opartej na dowodach lub innych rozważaniach koncepcyjnych.

DSM-5 odpowiada najnowszemu stanowi wiedzy empirycznej o „chorobach” psychicznych, chociaż w zasadzie inne koncepcje i podejścia strukturalne można by wprowadzić na podstawie tego samego zasobu wiedzy. Jest już jasne, że ICD-11 (wersja robocza 2016) będzie przestrzegać niektórych, ale nie wszystkich zmian w DSM-5, co oznacza, że system diagnostyczny (tj. ICD-11) obowiązujący we wszystkich krajach poza USA pozostanie odrębny i nie połączy się z DSM-5. Jednakże olbrzymia liczba naukowych i koncepcyjnych prac przygotowawczych przeprowadzonych w kontekście DSM-5 ma ogromne znaczenie dla ICD-11, która wciąż jest w fazie rozwoju.

Rozczarowujące jest to, że pod wieloma względami DSM-5 nie spełnił pierwotnych celów i oczekiwań. Mimo że zawiera całą zgromadzoną wiedzę empiryczną, nadzieja, że choroby/zaburzenia zostaną zdefiniowane jako neurobiologiczne jednostki lub co najmniej jednostki potwierdzone biomarkerami, tak że będzie można zobiektywizować diagnozy, nie mogła zostać spełniona. Za porażkę w tym zakresie nie można obwiniać zespołów pracujących nad DSM-5 – jest ona przykrą konsekwencją niewystarczających danych empirycznych. Chociaż w ciągu ostatnich dwóch dekad wielokrotnie opisywano biomarkery (parametry laboratoryjne krwi, parametry genetyczne, parametry obrazowania itp.) w odniesieniu do poszczególnych zaburzeń, nie można było ich zwalidować i replikować, a przynajmniej nie wystarczająco dobrze; wykazywały one również zbyt małą moc dyskryminacyjną, by przenieść wyniki na indywidualny poziom. Pytanie, w jakim stopniu kryteria zaproponowane przez NIMH do celów badawczych (*Research Domain Criteria* – RDoC) – które nie są związane z DSM-5, ale reprezentują alternatywną koncepcję z perspektywy przede wszystkim neurobiologicznej – udźwigną to zadanie, do dziś pozostaje bez odpowiedzi [5]. Ponieważ RDoC nie odnoszą się do podmiotów tradycyjnej diagnostyki klinicznej, nie mają znaczenia dla procesu diagnozowania w codziennej praktyce klinicznej i należy je postrzegać jako instrument czysto badawczy.

Pierwotnie planowana radykalna zmiana w stosowaniu syndromowego/wymiarowego systemu diagnostycznego, który porzuciłby głównie tradycyjne „jednostki chorobowe”, również nie została wdrożona. W trakcie dyskusji na ten temat okazało się, że „jednostki zaburzeń” (poziom nozologiczny) dostarczają cennych dodatkowych informacji, szczególnie w opiece klinicznej, i że informacje te zostałyby utracone, gdyby przekształcono klasyfikację w czysto objawowo/wymiarowy system. W tym kontekście istotna była także praktyka kliniczna, w tym tradycyjne (związane z chorobą) wskazania do stosowania leków psychotropowych i tradycyjne (związane



z chorobą) sporządzanie rozliczeń przesyłanych do zakładów ubezpieczeń zdrowotnych z kodami diagnozy. Manewrowanie między tradycyjną klasyfikacją zaburzeń osobowości a nowym/przyszłym projektem klasyfikacji syndromowo/wymiarowej (opublikowanej w sekcji III DSM-5 jako „warunek do dalszych badań”) jest szczególnie imponującym przykładem tego problemu. Z tak pragmatycznych powodów decyzją, aby zachować podejście tradycyjne, została podjęta prawie w ostatniej chwili. Połączenie schizofrenicznych i dwubiegunowych chorób/zaburzeń jako „spektrum psychotycznego”, które zostało zaproponowane i było intensywnie omawiane przez ponad dwie dekady, w szczególności na podstawie ustaleń genetycznych, również nie zostało wdrożone, częściowo z przyczyn teoretycznych, częściowo pragmatycznych. Podejście syndromowo/wymiarowe zostało wprowadzone tylko w celu uzyskania dodatkowych informacji, jako rodzaj drugiego poziomu opisu: w postaci deskryptorów transdiagnostycznych (np. deskryptor „cech mieszanych”) lub prostych, związanych z syndromem ocen globalnych (np. objawów negatywnych).

Deskryptory podkreślają podstawową koncepcję, która jest widoczna w wielu częściach DSM-5, mówiącą, że nie każda choroba psychiczna może zostać sklasyfikowana jako oddzielna „jednostka chorobowa”, a nawet jako oddzielna „jednostka zaburzenia”. Istnieją bowiem znaczące obszary nakładania się objawów, np. między dużą depresją a zaburzeniami lękowymi (przede wszystkim uogólnionym zaburzeniem lękowym) oraz między zaburzeniami jednobiegunowymi i dwubiegunowymi: różne objawy manii występują często w depresji jednobiegunowej i odwrotnie, objawy depresyjne często występują w manii, przy czym stan mieszany jest przypadkiem skrajnym. DSM-5 próbuje uwzględnić te problemy, posługując się owymi „deskryptorami”; jest to sensowne podejście pozwalające na uchwycenie różnej wielkości „domieszki” zaburzenia. Psychoza schizoafektywna jest kolejnym takim obszarem nakładania się objawów, w tym wypadku między zaburzeniami afektywnymi a psychozami schizofrenicznymi. Interesujące jest jednak to, że podejście takie nie zostało tutaj zastosowane, a DSM-5 zachował tradycyjną, kategorię „chorobową” koncepcję psychozy schizoafektywnej (która, wbrew wszelkim przewidywaniom, osiągnęła stosunkowo dobre wyniki oceny porównywalności w badaniach terenowych). Zdecydowanie nie podaje się żadnego specyfikującego przejścia między zaburzeniami depresyjnymi, maniakalnymi, lękowymi lub innymi z jednej strony, a schizofrenicznymi/psychotycznymi z drugiej. Osoby zaznajomione z DSM mogą twierdzić, że zamiast specyfikacji w tym celu można zastosować skalę „nasilenia objawów psychozy”. Skala ta jest jednak używana tylko jako opisowe „podejście oceny”, które w przeciwieństwie do deskryptorów nie zapewnia osiągnięcia klasyfikacji quasi-kategorialnej opisu syndromu przez zdefiniowanie określonej wartości progowej, np. określenia stanu mieszane go za pomocą deskryptora „cech mieszanych”.

Z perspektywy psychometrycznej trudno jest zrozumieć rozróżnienie między „deskryptorami” i innymi „skalami” (np. skalą ocen nasilenia objawów psychozy). Dlaczego zatem to samo podejście do oceny, tj. ocena wymiarów, nie jest stosowane w całym tekście? Oczywiście deskryptory muszą nadal zawierać pozostałości podejścia kategorialnego, nawet jeśli są zakodowane w „syndromalny” sposób. Może to również tłumaczyć, dlaczego deskryptory są mniej lub bardziej obowiązujące, podczas

gdy inne „oceny” związane z objawami/grupami objawów zostały przedstawione jedynie w załączniku (DSM-5, Część III), czyli w miejscu, w którym prawdopodobnie poświęcono im mniej uwagi. Kwestia trafności tej „skali oceny” nie została jeszcze odpowiednio zbadana – badania zostały przeprowadzone tylko w USA. Proponowana metoda globalnej oceny konkretnych zespołów klinicznych jest wątpliwa z perspektywy psychometrycznej, ponieważ z badań prowadzonych z użyciem skal wiemy, jak trudno jest oceniać w taki sposób skomplikowaną psychopatologię, np. psychozy schizofreniczne (a zwłaszcza objawy negatywne), z wystarczającą rzetelnością, nawet przy zróżnicowanych skalach. Proponowane proste globalne oceny wydają się pomijać te problemy i najwyraźniej wynikają z bardzo pragmatycznego podejścia. Tendencja do faworyzowania wyłącznie samooceny w stosunku do oceny obserwatorów w niektórych kontekstach (np. „Skala oceny niepełnosprawności” stosowana w celu oceny adaptacji psychospołecznej), która prawdopodobnie również wynika z pragmatycznego podejścia, musi być rozważana jako potencjalnie problematyczna z powodu znanej tendencyjności samooceny, szczególnie u pacjentów z ciężką chorobą psychiczną. W tym wypadku pragmatyzm wydaje się bardzo daleko idący, przypuszczalnie dlatego, że autorzy DSM obawiali się, że poza tym podejściem nic innego nie zostanie zaakceptowane w codziennej praktyce klinicznej, szczególnie w sektorze ambulatoryjnym.

DSM-5 jest interesującym opracowaniem, które pokazuje możliwości i ograniczenia współczesnej diagnostyki psychiatrycznej. Ze względu na pierwszeństwo przyznane ICD-10, a w przyszłości ICD-11, we wszystkich innych krajach oprócz USA, DSM-5 będzie prawdopodobnie poza USA wykorzystywany głównie na uniwersytetach oraz w ramach projektów badawczych (np. w badaniach farmaceutyków przy okazji opracowywania spójnych regulacji). Jest to jednak ważny prekursor dla rozwiązań, które warto uwzględnić w ICD-11 – będzie ona podobna do DSM-5 w niektórych obszarach, ale znajdzie również własne rozwiązania.

Doświadczenia z praktyki klinicznej pokażą, w jakim stopniu zmiany wypracowane w DSM-5 są rzeczywiście użyteczne. Początkowe, zorientowane na praktykę badania terenowe ujawniają, że porozumienie diagnostyczne między lekarzami nadal nie jest satysfakcjonujące w wypadku niektórych diagnoz w większości grup zaburzeń. Nie wiemy, czy DSM-5 osiągnął pewien wzrost zgodności ocen (tj. porozumienie między dwoma lekarzami w diagnozowaniu tego samego pacjenta), ponieważ (niestety) nie przeprowadzono takich bezpośrednich porównań [6].

We wszystkich tych próbach operacjonalizacji diagnostyki musimy unikać ryzyka stworzenia diagnostyki w formie „książki kucharskiej”, a nawet „psychiatrii z McDonald’s”. Idealne podejście w psychiatrii musi nadal łączyć wystarczająco zróżnicowaną diagnostykę psychopatologiczną i empatyczne rozmowy w sensie „psychiatrii opartej na zrozumieniu”.

### Piśmiennictwo

1. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization; 1992.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
3. Möller HJ. *The consequences of DSM-5 for psychiatric diagnosis and psychopharmacotherapy*. *Int. J. Psychiatry Clin. Pract.* 2014, 18(2): 78–85.
4. American Psychiatric Association. *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5®*. red. Gałecki P, Pilecki M, Rymaszewska J, Szulc A, Sidorowicz S, Wciórka J. Wrocław: Edra Urban & Partner; 2018.
5. Möller HJ, Bandelow B, Bauer M, Hampel H, Herpertz SC, Soyka M i wsp. *DSM-5 reviewed from different angles: Goal attainment, rationality, use of evidence, consequences – part 1: General aspects and paradigmatic discussion of depressive disorders*. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2015; 265(1): 5–18.
6. Möller HJ, Bandelow B, Bauer M, Hampel H, Herpertz SC, Soyka M i wsp. *DSM-5 reviewed from different angles: Goal attainment, rationality, use of evidence, consequences – part 2: Bipolar disorders, schizophrenia spectrum disorders, anxiety disorders, obsessive-compulsive disorders, substance-related and addictive disorders, neurocognitive disorders*. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2015; 265(2): 87–106.
7. Bottlender R, Strauss A, Möller HJ. *Social disability in schizophrenic, schizoaffective and affective disorders 15 years after first admission*. *Schizophr. Res.* 2010; 116(1): 9–15.

Adres: Hans-Jürgen Möller,  
LMU Munich, Nussbaumstrasse 7, 80336 Munich, Germany,  
email: hans-juergen.moeller@med.uni-muenchen.de

Otrzymano: 27.03.2018

Zrecenzowano: 12.05.2018

Przyjęto do druku: 14.05.2018

Przetłumaczyła: Katarzyna Cyranka