

Z PERSPEKTYWY REDAKTORA NACZELNEGO

Wstępne informacje o koncepcji diagnostycznej zaburzeń psychicznych w DSM-5

Introduction to the concept of mental disorders diagnosis in DSM-5

Andrzej Czernikiewicz

Słowa kluczowe: narzędzia diagnostyczne, DSM-5

Key words: diagnostic tools, DSM-5

A więc jednak będzie! Można takie stwierdzenie sformułować o każdym zbliżającym się zjawisku, ale dla współczesnych psychiatrów to zdanie w tym roku może oznaczać tylko termin wprowadzenia kolejnej wersji podręcznika diagnostycznego Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, czyli DSM-5. Po wielu dyskusjach o zmianach, które niesie ze sobą DSM-5 będzie on ogłoszony w maju tego roku. Dlatego zamiast komentarza do bieżącego numeru naszego czasopisma sądzę, że warto spojrzeć na nowości, które wprowadza ten podręcznik, tym bardziej, że w styczniowym numerze American Journal of Psychiatry prezentuje badania trafności diagnostycznej DSM-5. W artykule redakcyjnym Freedman i wsp. formułują stwierdzenie na temat innowacyjności tej wersji DSM już w tytule artykułu „Nowe pączki i stare ciernie” [1]. Co zmienia w widzeniu diagnozy psychiatrycznej? Jakie nowe pozycje wprowadza DSM-5? W w kolejnym artykule prezen-

wana jest rzetelność diagnostyczna w ramach zaburzeń psychicznych dla dorosłych i w zakresie pedopsychiatrii [2]. Przyjrzyjmy się w tym artykule rzetelności diagnostycznej dotychczasowych kategorii diagnostycznych zaburzeń u dorosłych. Autorzy tych prac posłużyli się do oceny rzetelności diagnostycznej współczynnikiem kappa pozwalającym na ocenę zgodności dwu sędziów (diagnostów) oceniających te same opisy przypadków. I tak np. współczynnik kappa 0,46 ocenia, że 85% przypadków było tak samo zakwalifikowanych przez sędziów. Poniżej zamieszczono tabelę prezentującą współczynnik kappa dla zaburzeń psychicznych w grupie dorosłych, z podziałem na zaburzenia o bardzo dobrej zgodności diagnostycznej, przez zaburzenia o dobrej zgodności po te o kwestionowanej i nieakceptowanej zgodności diagnostycznej [2].

Tabela

Rzetelność diagnostyczna zaburzeń psychicznych wg DSM-5 u dorosłych

| Jednostka diagnostyczna | Wartość wsp. Kappa |
|--|--------------------|
| zaburzenia o bardzo dobrej zgodności diagnostycznej | |
| „Duże zaburzenia neurokognitywne” (np. otępienie) | 0,78 |
| PTSD | 0,67 |
| „Złożone zaburzenie somatopodobne” (wersja poprawiona) | 0,61 |
| zaburzenia o dobrej zgodności diagnostycznej | |
| „Zespół zbieractwa” | 0,59 |
| Zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu I | 0,56 |
| Kompulsywne objadanie się | 0,56 |
| Zaburzenie osobowości typu borderline | 0,51 |
| Zaburzenie schizofektywne | 0,50 |
| Łagodne zaburzenie poznawcze | 0,48 |
| Schizofrenia | 0,46 |
| „Zespół atenuowanych objawów psychotycznych” | 0,46 |
| Uzależnienie od alkoholu | 0,40 |
| Zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu II | 0,40 |
| Zaburzenie o kwestionowanej zgodności diagnostycznej | |
| „Mózgowy zespół pourazowy” (TBI) | 0,36 |
| Osobowość anakastyczna (obsesyjno-kompulsyjna) | 0,31 |
| Epizod depresyjny | 0,28 |
| Osobowość antysocjalna (dysocjalna) | 0,21 |
| Zespół lęku uogólnionego | 0,20 |
| Zaburzenia o nieakceptowanej zgodności diagnostycznej | |
| Mieszane zaburzenie lękowo-depresyjne | -0,004 |

Zastanówmy się co oznaczają dla psychiatri, amerykańskiego, ale i polskiego, wartości współczynnika kappa przedstawione w powyższej tabeli. Pewnie pierwszą obserwacją jest znacząco niska pozycja rzetelności diagnostycznej epizodu depresyjnego, dużo niższa od zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. Pewnie zjawisko to jest kreowane przez występowanie objawów depresyjnych w przebiegu licznych zaburzeń psychicznych, ale i somatycznych (koncepcja depresji wtórnej). Z drugiej strony, problemem jest współwystępowanie objawów lękowych w przebiegu większości stanów depresyjnych, co znajduje swoje odbicie w dramatycznie niskiej pozycji diagnostycznej zaburzeń lękowych w których występują objawy depresyjne (zespół lęku uogólnionego, a zwłaszcza mieszane zaburzenie lękowo-depresyjne). Wreszcie występowanie różnego nasilenia objawów depresyjnych od dystymii do psychotycznej melancholii powoduje, że epizod depresyjny jest często błędnie diagnozowany, szczególnie gdy lekarz opiera się na skalach samooceny (np. wg Zunga czy Becka). Diagnoza manii nie jest obciążona takimi problemami diagnostycznymi, dlatego nie dziwi tak wysoka pozycja trafności diagnostycznej zaburzenia dwubiegunowego typu I.

Zaskakuje różnica rzetelności diagnostycznej trzech zaburzeń osobowości – wysoka pozycja osobowości typu borderline i niska osobowości anankastycznej i antysocjalnej. Wiąże się to zapewne z eksternalizacją chwiejności afektywnej i impulsywności w osobowości typu borderline i internalizacją cech obsesyjnych i kompulsywnych w osobowości anankastycznej. Dlaczego w takim razie wyraźnie niska rzetelność diagnostyczna osobowości typu antysocjalnego (dysocjalnej). Wiąże się to pewnie w dużej mierze z jej różnym podłożem (np. organicznym), ale i z trudnościami w dotarciu do danych z wywiadu – ze znanych zaburzeń osobowości osobowość antysocjalna jest pewnie najtrudniejsza

do oceny „tu i teraz”, a najłatwiejsza w ocenie retrospektywnej.

Wysoką ocenę rzetelności diagnostycznej osiągnęły zaburzenia psychotyczne i to nie tylko zaburzenie schizoafektywne i schizofrenia, ale i zespół atenuowanych objawów psychotycznych, co potwierdza konieczność dalszych prac nad tym zespołem ryzyka zachorowania na schizofrenię.

Wysoka pozycja zespołu stresu pourazowego zwraca z kolei uwagę na to, że ta nie tak dawno sformułowana jednostka diagnostyczna charakteryzuje się dobrym opisem fenomenologicznym, a w ostatnich latach wzbogaciła się także o dobre badania wyjaśniające neurostrukturalne podłoże tego zaburzenia.

Pewnie w ramach opisu w DSM-5 zaburzeń psychicznych dorosłych największe zmiany dotyczą zaburzeń osobowości (koncepcja „wielkiej piątki”), ale to już temat na inne opowiadanie.

Bibliografia:

1. Freedman R., Lewis D.A., Michels R. i in. (2013): The initial field trials of DSM-5: New blooms and old thorns. *Am J Psychiatry* 170, 1, 1-5
2. Regier D.A., Narrow W.E., Clarke D.E. i in. (2013): DSM-5 field trials in the United States and Canada: part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *Am J Psychiatry* 170, 1, 59-70

Correspondence address

Andrzej Czernikiewicz
Katedra i Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
20-439 Lublin, ul. Głuska 1