

Psychiatryczna definicja przypadku a nowoczesna klasyfikacja: aktualne problemy

Wprowadzenie w problematykę

Wprowadzenie zoperacjonalizowanych systemów diagnostycznych do naszej psychiatrycznej codzienności i związana z tym dyskusja na temat szeregu nowych diagnoz syndromów skrywa w sobie nie tylko same zalety, lecz także i niebezpieczeństwa, na które wskazywali już inni autorzy (Arolt, 1994; Glatzel, 1990; Saß, 1990). Bardzo łatwo zagubi się nic przewodnia decydująca o celu strategii terapeutycznej jeśli na przykład tylko i wyłącznie policzy się pojedyncze symptomy, zwiastujące jakieś zaburzenie, a nie rozpatrzy się ich według stopnia ważkości, czy wreszcie nie sporządzi się odpowiedniej hierarchii diagnostycznej. Bardzo szybko zapomina się również o tym, że nasze nowoczesne systemy klasyfikacyjne, a więc przede wszystkim DSM-IV i ICD-10, zasadzają się nie tyle na systematycznie kontrolowanych wynikach ilościowych odpowiednich badań, co raczej na konsensusie, do jakiego udało się dojść różnym międzynarodowym komisjom ekspertów. Problematyka diagnostyczna rozpoczyna się w zasadzie już przy próbie określenia tzw. kryteriów progowych, a więc w obszarze, w którym trzeba zdecydować, czy ma się do czynienia z osobą jeszcze zdrową psychicznie, czy też już chorą psychicznie. Innymi słowy - trzeba rozróżnić pomiędzy przypadkiem psychiatrycznym i tzw. brakiem przypadku (20). Na podstawie wielowymiarowej koncepcji każdego psychiatrycznego systemu diagnostycznego, a więc rozmaitej składanki kate-

gorii chorobowych, nie ma niestety żadnej jednolitej metody na „odsiew” osób jeszcze zdrowych. Wiele chorób psychicznych, jak np. depresje lub lęki dadzą się tylko dlatego wystarczająco sklasyfikować, że w gruncie rzeczy bierze się pod uwagę to, jak poważne są symptomy. Ponieważ nauki biologiczne nie wypracowały jeszcze do tej pory markerów specyficznych dla danej choroby, które pozwoliłyby na porównanie trafności diagnoz z rzeczywistą zachorowalnością, nie pozostaje nam nic innego, jak tylko zastosować tzw. kryteria konsensusu. W końcu to one określają naszą definicję przypadku, a tym samym również współczynnik zachorowalności w obszarze klinicznym, względnie w całej populacji (9). „Czystym” kryterium konsensusu, który można traktować zupełnie dowolnie, wydaje się być kryterium diagnozy schizofrenii, np. w dzisiejszych wytycznych odnośnie minimalnego czasu trwania ostrej symptomatyki kryterium to wg. DSM wynosi 6 miesięcy, a wg. ICD tylko miesiąc.

Inflacja jednostek chorobowych

Rozwój klasyfikacji DSM w Stanach Zjednoczonych Ameryki Płn. można w zasadzie prześledzić wstecz do roku 1840, kiedy to jedną grupą chorób obejmowano niedorozwiniętych umysłowo i psychotyków. Podczas spisu ludności w roku 1880 podano siedem kategorii ciężkich chorób umysłowych. W roku 1917 „American Medico - Psychological Association” (AMPA), prekursor późniejszego „American Psychiatric Association”

(APA), opublikował już instrument klasyfikacyjny zawierający 22 kategorie. W klasyfikacji APA z 1934 roku podano 24 kategorie chorób z 82 podgrupami. Za kamień milowy uważana jest dzisiaj powszechnie wersja DSM-III z roku 1980 (po niemiecku 1984), która po raz pierwszy próbowała na płaszczyźnie narodowej całkowicie opuścić ogólnie stosowany model klasyfikacji wszystkich „jednostek chorobowych”. Zamiast tego w sposobach traktowania każdego pojedynczego obrazu zaburzeń (12) zaczęła obowiązywać ściśle przestrzegana diagnostyka operacyjna z różnymi listami cech i reguł przyporządkowywanych do każdego syndromu, wpływająca na wiele diagnoz klinicznych zasada współzachorowalności (1), jak również wieloosiowość z różnymi punktami widzenia („Achsen”). Przez to DSM-IV znacznie powiększył swoją objętość i zawiera dzisiaj 16 dużych grup diagnostycznych, w których można ująć łącznie 395 „disorders” złożonych z najprzeróżniejszych kombinacji ok. 1000 pojedynczych kryteriów (6).

Wraz z założeniem w roku 1948 Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) ujednociono po raz pierwszy na forum międzynarodowym różne dążenia poszczególnych krajów w zakresie stworzenia klasyfikacji, przy czym wcześniejsze katalogi koncentrowały się w zasadzie tylko na ewidencji różnych przyczyn śmierci. Nowy ICD-6 z roku 1948 stwarzał nareszcie możliwość identycznego we wszystkich krajach rejestrowania chorób psychicznych. To chyba oczywiste, że od tej pory wypracowanie konsensusu stało się o wiele trudniejsze niż dawniej, kiedy odbywało się to partycularnie (np. w Anglii albo w Szwajcarii). Gdy w roku 1951 również i RFN przystąpiła do WHO, w coraz większym stopniu uczestniczyła w tym skomplikowanym procesie dochodzenia do kompromisu.

W roku 1959 angielski psychiatra E. Stengel sporządził na zlecenie WHO krytyczny raport na temat braku jednolitości wszystkich istniejących klasyfikacji chorób psychicznych („Stengel - Report”), po czym w latach 60-tych doszło do spotkania ekspertów z ponad 30 krajów, którzy obradowali nad lepszymi formami diagnoz. W próbach za-

stosowania tymczasowych wersji dzisiejszego ICD-10 (1991) uczestniczyło ponad 600 klinik z całego świata, przy czym równoległe uruchomiono badania towarzyszące tym próbom (15, 16, 21). Zgodnie z w końcu nieosiągalnym zamiarem stworzenia „ateoretycznej” koncepcji klasyfikacji nie uwzględniono takich tradycyjnych, wywodzących się z etiologii pojęć, jak nerwica, psychoza albo endogenność i również najwyżej w hierarchii stojące pojęcie „choroby” (disease) zostało zastąpione pojęciem „zaburzenie” (disorder). Poprzez przyrost trzycyfrowych kategorii chorób w ICD-9 (1978/ 1980) do stu w ICD-10 klasyfikacja ta stała się trzykrotnie obszerniejsza od poprzedniej.

Ogólne kryterium progowe

Chociaż Amerykański Związek Psychiatryków i WHO bardzo starały się w ostatnich latach uzyskać jednomyślność, to do dnia dzisiejszego zachowały się spore różnice w rozłożeniu akcentów pomiędzy obydwojema wielkimi systemami klasyfikacyjnymi. W DSM-IV na plan pierwszy wysuwa się w każdym razie opisowo - rzeczownikowy punkt widzenia, podczas gdy w ICD-10 decydującą rolę ciągle jeszcze odgrywa zachowanie perspektywy interkulturowej.

Ważną cechą różniącą DSM-IV od ICD-10 stanowi następujące „kryterium progowe”, zawarte jedynie w koncepcji DSM, przy czym chodzi tutaj o decydujące kryterium wstępne dla całej klasyfikacji:

„Obraz zaburzenia powoduje w stopniu klinicznie znaczącym cierpienia albo ograniczenia w funkcjonowaniu społecznym, zawodowym lub innych ważnych dziedzinach życia.” (1996, s. 12)

Do tego zarówno w DSM-IV jak i w ICD-10 przy niektórych obszarach zaburzeń dochodzi ocena stopnia ciężkości zaburzenia, która w zasadzie może jednak zostać wydana dopiero po zaszeregowaniu zaburzenia do określonej kategorii diagnostycznej. Kodowalny stopień ciężkości „lekki”, który tutaj w nieostrym obszarze graniczy z normalnością, w zasadzie zawsze musi być osiągnięty, zdefiniowany został w następujący sposób:

„Jeżeli w ogóle, to istnieje niewiele więcej symptomów niż to konieczne do postawienia diagnozy, a symptomy te prowadzą jedynie do niewielkich ograniczeń funkcjonalnych w życiu społecznym i zawodowym.” (6, s. 5)

Natomiast ICD-10 próbuje, o ile to możliwe, całkowitego zaniechania w przypadku zasadniczych progów (choroby) psychospołecznych kryteriów wstępnych. W komisjach WHO zadomowiło się raczej przekonanie, że w systemie klasyfikacyjnym, który ma być stosowany na całym świecie, nie sprawdzą się raczej ogólnie obowiązujące kryteria progowe, które przecież związane są z odmiennymi warunkami panującymi w poszczególnych krajach i kulturach.

Zamiast tego we wstępie do ICD-10 czytamy:

„Zaburzenie nie jest pojęciem ścisłym; użycie tego pojęcia w tej klasyfikacji ma wskazać na klinicznie rozpoznawalny kompleks symptomów lub nieprawidłowości w zachowaniu, który na płaszczyźnie indywidualnej, a często również grupowej albo społecznej zawsze związany jest z obciążeniami i ograniczeniem funkcji, ale nie występuje tylko i wyłącznie na płaszczyźnie społecznej.” (10, s. 19)

Hierarchia jako zasada podstawowa

Innym aspektem, który akurat w dziedzinie psychoz wydaje się mieć spore znaczenie, jest odmienne traktowanie tzw. hierarchii diagnostycznych. Przez dziesięciolecia psychiatria w Europie zdominowana była przez tzw. „warstwową regułę Jaspersa” (Jasperschen Schichtenregel), według której w dziedzinie psychoz każdorazowo należało najpierw poszukiwać głębszej diagnozy schizofrenii, zanim później, jakby w załączeniu, można było pomyśleć o diagnozie jakiejś mniej ciężej kwalifikowanej psychozy afektywnej (11). Elementarną zasadę psychopatologiczną, że w każdym przypadku należy dać diagnostyczne pierwszeństwo chorobie, która przypuszczalnie bardziej trwale wnika w osobowość, można znaleźć już w zasadzie u Birnbauma (1919), Kraepelina (1920) i Kretschmera (1919). Ale dopiero dzięki Jasper-

sowi myśl ta, a tym samym pierwszeństwo perspektywy etiopatologicznej zostały powszechnie zaakceptowane w praktyce klinicznej. Choć w przypadku zasady hierarchii brak jest do tej pory jakiegoś naukowego uzasadnienia, to do niedawna posiadała bardzo ważne znaczenie heurystyczne (7).

Najpóźniej od momentu rewizji DSM-III (DSM-III-R) w roku 1987 (niem. 1989) wymagana jest od nas zasadnicza zmiana sposobu myślenia. Od tej pory symptomatyka depresyjnego czy też maniakałnego obrazu choroby z wyrazistymi cechami, takimi jak mania prześladowcza, omamy słuchowe, nasyłanie myśli, albo odczuwanie kontroli przez kogoś obcego, adekwatnego z nastrojem, czy też nie, nie musi prowadzić do postawienia diagnozy schizofrenii, lecz raczej do diagnozy zaburzenia afektywnego z cechami psychotycznymi. I nawet wtedy, gdyby takie symptomy „produktywne”, które jeszcze u K. Schneidera (1946/ 1976) uchodziły w przypadku diagnozy psychozy schizofrenicznej za pierwszorzędowe, pojawiały się w ciągu wielotygodniowego okresu choroby bez dodatkowej symptomatyki afektywnej, to i tak można by zdiagnozować („tylko”) zaburzenie schizofreniczne.

W tym sensie również DSM-IV w rzeczywistości nie pozostaje wbrew swoim ateoretycznym założeniom absolutnie wolne od hierarchii. W zasadzie nie da się w przekonujący sposób zastosować właściwej diagnostyki wieloczynnikowej (multiple Diagnostik) - tak żeby odpowiadała zasadzie współzachorowalności - i to nie tylko dlatego, że zaburzenia psychiczne wywołane przez organiczny czynnik chorobotwórczy albo zaburzenia indukowane różnymi substancjami zachowują absolutny priorytet.

Na podstawie ICD-10 nie wolno analogicznie postawić diagnozy schizofrenii, która w dalszym ciągu stanowi najczęstszy obraz chorobowy z trzypunktowej kategorii zaburzeń „schizofrenia, zaburzenie typu schizoidalnego i urojeniowego” (F20 - F29), jeśli równocześnie występują symptomy maniakałne lub depresyjne. Postawienie diagnozy schizofrenii w przypadku zaburzeń afektywnych dozwolone jest wówczas gdy

nie tylko, że jednoznacznie da się wykazać istnienie symptomów schizofrenii, ale także, gdy przynajmniej o miesiąc wyprzedzały zaburzenia afektu. Gdyby jednak symptomy schizofreniczne i afektywne rozwijały się oddzielnie (lub w odstępie najwyżej kilku dni), to według ICD-10 należy każdorazowo postawić diagnozę zaburzenia schizoafektywnego (F25). Dotyczy to nawet takich przypadków, gdy niektóre z tych symptomów traktowane oddzielnie absolutnie uzasadniałyby diagnozę schizofrenii.

Ponadto, wystąpienie w epizodach maniakalnych czy też depresyjnych - typowych dla schizofrenii urojeń czy halucynacji - pozostaje raczej cechą określającą stopień ciężkości zaburzenia afektywnego niż stanowi wskazanie dla diagnozy schizofrenii. Stosując odpowiednią preferencję diagnostyczną należy w ICD-10 uwzględnić także organiczne choroby mózgu lub zatrucia. Ale pod tym względem ICD-10 wydaje się być w ważnych kwestiach równocześnie ani nie ateoretyczny, ani też wolny od hierarchiczności, lecz w porównaniu z tradycyjną perspektywą jaspersowską wydaje się mieć zupełnie inaczej rozłożone akcenty.

Zakończenie

Poruszyłem kilka zasadniczych problemów nowoczesnej klasyfikacji psychiatrycznej. Wprowadzenie DSM-IV i ICD-10 do badań i praktyki, co w znacznym stopniu nastąpiło w wyniku naukowego konsensusu, zakłada zasadnicze przeorientowanie, którego treścią jest odwrót od diagnostyki typologicznej i przejście do diagnostyki opartej na kryteriach, przy czym najwyraźniej ponownie napotykamy na tradycyjny sposób myślenia w psychopatologii, jak np. zasadę hierarchiczności w psychozach, tyle że w nowej formie. Ogromny wzrost liczby nowych jednostek zaburzeń nie mógł jednak zlikwidować istotnych słabości systematyki psychiatrycznej, do których można zaliczyć: dowolność w interpretacji tzw. kryterium progowego, konieczność stosowania czystych kryteriów konsensusu, jak również zewnętrznej walidacji.

Literatura:

- 1 Angst, J.: Das Komorbiditätsprinzip in der psychiatrischen Diagnostik. In: Dilling, H., E. Schulte-Markwort u. H. J. Freyberger (Hrsg.): Von der ICD-9 zur ICD-10. Huber, Bern, 1994
- 2 Arolt, V.: Die Einführung kriterienorientierter Klassifikationen: Probleme und Risiken in der Praxis. *Krankenhauspsychiatrie* 5 (1994) 21-24
- 3 Birnbaum, K.: Der Aufbau der Psychose. *Allg. Z. Psychiatr.* 75 (1919) 455-502
- 4 Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Deutsche Ausgabe der ICD-9. Herausgegeben von R. Degkwitz, H. Helmchen, G. Kockott und W. Mombour. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 1980
- 5 Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-III-R. Deutsche Bearbeitung und Einführung von H. U. Wittchen, H. Saß, M. Zaudig und K. Köhler. Beltz, Weinheim, 1989
- 6 Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Deutsche Bearbeitung und Einleitung von H. Saß, H.-U. Wittchen und M. Zaudig. Hogrefe, Göttingen, 1996
- 7 Garcia, C.: Die Schichtenregel als Grundsatz der Psychopathologie. *Nervenarzt* 58 (1987) 589-594
- 8 Glatzel, J.: Die Abschaffung der Psychopathologie im Namen des Empirismus. *Nervenarzt* 61 (1990) 276-280
- 9 Häfner, H., K. Maurer: Klassifikation und Epidemiologie. In: Dilling, H., E. Schulte-Markwort, H.J. Freyberger (Hrsg.): Von der ICD-9 zur ICD-10. Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 1994, 17-30
- 10 Internationale Klassifikation Psychischer Störungen ICD-10. Klinisch-diagnostische Leitlinien. Herausgegeben von H. Dilling, W. Mombour und M.H. Schmidt. Huber, Bern, Göttingen, Toronto, 1991

- 11 Jaspers, K.: Allgemeine Psychopathologie (1946, 4. Aufl.). Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 1973
- 12 Katschnig, H.: Der multiaxiale Ansatz in der psychiatrischen Diagnostik und die ICD-10. In: Dilling, H., E. Schulte-Markwort, H.J. Freyberger (Hrsg.): Von der ICD-9 zur ICD-10. Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 1994, 49-58
- 13 Kraepelin, E.: Die Erscheinungsformen des Irreseins. Z. Gesamte Neurol. Psychiatr. 62 (1920) 1-29
- 14 Kretschmer, E.: Gedanken über die Fortentwicklung der psychiatrischen Systematik. Z. Gesamte Neurol. Psychiatr. 48 (1919) 370-379
- 15 Loranger, A., R. Hirschfeld, N. Sartorius, D. Regier: The WHO/ADAMHA international pilot study of personality disorders: Background and purpose. J. Personality Disorder 5 (1991) 296-306
- 16 Robins, L.N., J. Wing, H.U. Wittchen, J.E. Helzer, T. Babor, J. Burke, A. Farmer, A. Jablenski, R. Pickens, D. Regier, N. Sartorius, L.H. Towle: The Composite International Diagnostic Interview (CIDI). An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. Arch. Gen. Psychiatry 45 (1988) 1069-1077
- 17 Saß, H.: Operationalisierte Diagnostik in der Psychiatrie. Nervenarzt 61 (1990) 255-258
- 18 Schneider, K.: Klinische Psychopathologie (1946). Thieme, Stuttgart, 1976
- 19 Stengel, E.: Classification of mental disorders. Bull. Org. mond. Santé 21 (1959) 601-663
- 20 Vollmoeller, W.: Was heißt psychisch krank? Kohlhammer, Stuttgart, 1997
- 21 Wing, J., T. Barbor, T. Brugha, J. Burke, J.E. Cooper, R. Giel, A. Jablensky, D. Regier, N. Sartorius: SCAN. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. Arch. Gen. Psychiatry 47 (1990) 589-593

WOLFGANG VO

Psychiatrische Klassifikation

Einführung in die Pro

Die Einführung opera
grosesysteme in unsere
Alltag und die damit verb
dersetzung mit einer Vielza
diagnosen birgt nicht nur
auch Gefahren, auf die so
ren hingewiesen haben (A
1990; Saß, 1990). Werde
Frage kommenden Einzel
zählt und nicht gewichtet
ßend keine angemessene
die erstellt, so verliert
entscheidende Faden ein
therapeutischen Strategie
auch vergessen, daß unse
sifikationssysteme, im wese
IV und ICD-10, weniger au
nobenen quantitativen Forsch
beruhen als auf einer Kons
hab internationaler Exper
beginnt die diagnostische
Grundsatz schon bei den s
terien, also in einem Bere
darum geht, zwischen psych
psychisch krank zu unterse
ders ausgedrückt, zwische
trischen Fall und einem s
Aufgrund der polythetische
des psychiatrischen Diagn
der unterschiedlichen Zu
einzelner Krankheitskatego
leider keine einheitliche
„Heraussiebens“ jeweils in
der Personen. Viele psych