KLASYFIKACJA ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH I ZAGADNIENIA NAZEWNICTWA

UWAGI OGÓLNE

Zadaniem każdej klasyfikacji jest uporządkowanie i usystematyzowanie przedmiotów (danych, faktów, zjawisk) według z góry ustalonych kryteriów. Im kryteria są bardziej jednoznaczne, precyzyjne i logiczne, tym bardziej klasyfikacja staje się czytelna i przejrzysta. Ustalanie kryteriów podziału jest zadaniem trudnym i odpowiedzialnym. Od nich bowiem zależy powodzenie każdej klasyfikacji. Gdy dwa przedmioty (lub więcej) można odróżnić na podstawie jednej cechy różnicującej, to taki podział nie sprawia trudności. Przykładem może być podział ludzi według koloru skóry, chociaż nie jest to, jak wiemy, jedyna cecha różnicująca rasy. Stopień trudności zwiększa się, gdy w układzie klasyfikacyjnym chcemy lub musimy uwzględnić więcej niż jedną cechę. Podział oparty na wielu cechach jest jednak pewniejszy i doskonalszy, zwłaszcza wówczas, gdy kryteria podziału są łatwe do sprawdzenia i powtórzenia. Warunkiem takiego podziału musi być występowanie wszystkich ustalonych cech w klasyfikowanych przedmiotach.

Historia nauk przyrodniczych (do których zaliczamy medycynę, a w niej psychiatrię) dowodzi, że człowiek od zarania dziejów starał się zjawiska przyrodnicze klasyfikować. Przykładem może być typologia ludzka, np. Hipokratesa na choleryków, sangwiników, flegmatyków i melancholików. Również zaburzenia psychiczne próbowano w różny sposób klasyfikować. Do jednej z pierwszych klasyfikacji należał podział francuskiego psychiatry Filipa Pinela, żyjącego na przełomie XVIII i XIX wieku, wielkiego reformatora opieki nad psychicznie chorymi, który przeszedł do historii uwalniając psychicznie chorych z kajdan i łańcuchów w czasie Wielkiej Rewolucji Francuskiej.

Klasyfikacja Pinela, której szczegóły pominię, opierała się na kryterium objawowym (symptomatologicznym), uwzględniającym takie pojęcia, jak myślenie, sądzenie i wola. Podział ten był udaną, jak na ówczesne warunki, próbą klasyfikacji zaburzeń psychicznych na podstawie wiedzy psychologicznej i danych klinicznych. Inny francuski psychiatra, Esquirol, kontynuował myśl poprzednika,

rozpoznając zaburzenia psychiczne na poziomie poszczególnych objawów. To on wprowadził pojęcie monomanii (jednoobjawowych zaburzeń psychicznych), które mimo dyskusyjności przetrwało do dzisiaj i znalazło swoje miejsce w ICD-10 w rozdziale „Zaburzenia nawyków i popędów/impulsów” (F 63). Zaliczono tutaj: patologiczny hazard (F 63.0), patologiczne podpalanie (piromania) (F 63.1), patologiczne kradzieże (kleptomania) (F 63.2) i trichotilomanię (stereotypowe lub kompulsywne wrywanie włosów) (F 63.3).

Współczesna psychiatria odrzuca pogląd o istnieniu monosymptomatycznych chorób psychicznych. Wspomniane zaburzenia nawyków i popędów są składnikiem nieprawidłowej osobowości (np. dyssocjalnej) lub przejawem nerwicowym (np. trichotilomania występuje u osób cierpiących na zespół obsesyjno-kompulsywny).

W XIX wieku, w związku z szybkim rozwojem nauk podstawowych (zwłaszcza anatomii i fizjologii układu nerwowego) i medycyny somatycznej, podjęto próby, niekiedy udane, tworzenia jednostek chorobowych w psychiatrii na wzór chorób cielesnych. Przykładem może być wyodrębnienie przez Beyle’a porażenia postępującego jako psychiatrycznej jednostki nozologicznej – powiązał on typowy obraz kliniczny tej postaci kiły z odpowiednimi zmianami patomorfologicznymi.

Rozwój nowoczesnej klasyfikacji, w powiązaniu ze stroną kliniczno-opisową zaburzeń psychicznych, zawdzięcza psychiatria przede wszystkim niemieckiemu klinicyście E. Kraepelinowi (1855–1926). Autor ten w kolejnych wydaniach znakomitego podręcznika stopniowo rozszerzał i ujednotaczał swoje poglądy, określając cechy jednostki chorobowej (nozologicznej) w psychiatrii. Sprecyzował przede wszystkim kryterium podziału zaburzeń psychicznych, które sprowadzało się głównie (choć nie tylko) do ich przebiegu. Myśl etiologiczna była zawarta w zasadzie w podziale dychotomicznym na zaburzenia psychiczne endo- i egzogenne. Przez psychozę endogenną Kraepelin rozumiał zaburzenia bez przyczyn zewnętrznych. Termin ten przetrwał do dzisiaj, chociaż nadaje mu się inny niż dawniej sens. Pojęcie „endogenii” i „egzogenii” nie pojawia się we współczesnych systemach diagnostyczno-klasyfikacyjnych. Kraepelin wyodrębnił w swojej klasyfikacji dwa duże, podstawowe kręgi psychotyczne. Do jednego zaliczył znane już jednostki – katatonię oraz hebefrenię – i utworzył jedną psychozę endogenną. Nadał jej miano „otępienie wczesne” (*dementia praecox*), nazwaną później przez Bleulera schizofrenią. Za drugi krąg psychotyczny Kraepelin uznał psychozę maniakalno-depresyjną (cyklofrenię, obecnie chorobę afektywną).

Do powyższych klasyfikacji nawiązał wspomniany wielki szwajcarski reformator psychiatrii E. Bleuler (1857–1939), który położył główny akcent nie na przebiegu i zejściu psychoz, lecz przede wszystkim na kryterium symptomatologiczno-patogenetycznym, zwłaszcza w odniesieniu do „grupy schizofrenii”. Poglądy Kraepelina i Bleulera, a także ich uczniów, na długie lata zaciążyły na wszystkich próbach klasyfikowania zaburzeń psychicznych. Także we współczesnych układach klasyfikacyjnych odnajdujemy elementy tych podziałów.

Na zakończenie uwag ogólnych pragnę wyraźnie podkreślić, iż w psychiatrii nie może mieć zastosowania etiologiczny klucz klasyfikacyjny, na którym na przykład opiera się klasyfikacja chorób zakaźnych, ponieważ nie znamy etiologii

najważniejszych i najczęstszych chorób psychicznych (tzw. psychoz endogennych). Z punktu widzenia etiopatogenetycznego zaburzenia psychiczne są skutkiem wielu czynników.

MIĘDZYNARODOWA STATYSTYCZNA KLASYFIKACJA CHORÓB I PROBLEMÓW ZDROWOTNYCH

W Polsce, jak nieomal na całym świecie, obowiązuje międzynarodowa klasyfikacja, opracowana przez Światową Organizację Zdrowia i przyjęta na konferencji 46 członków tej organizacji w dniu 6 października 1975 r. Aktualnie jest 10 wydanie (wersja lub rewizja) tej klasyfikacji, ogłoszone przez WHO w 1992 r. (polska wersja ukazała się drukiem w 1997 r.). Omówienie zaburzeń psychicznych znalazło się w rozdziale zatytułowanym „Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania”. Trzeba wyjaśnić, że angielskie pojęcie „behavioural disorders” ma w klasyfikacji szerszy zakres niż „zaburzenia zachowania” w dotychczasowym rozumieniu tego pojęcia. W języku polskim nie ma właściwego odpowiednika „zaburzeń behawioralnych”.

Studenci medycyny zadają często pytanie, dlaczego psychiatrzy tak dużą wagę przykładają do klasyfikacji zaburzeń psychicznych i kryteriów diagnostycznych. Nie spotykali się z tym w innych specjalnościach lekarskich. Otóż wiele wątpliwości i nie rozwiązanych zagadek łączy się z etiologią i patogenezą zaburzeń psychicznych. Daje to asumpt do tworzenia licznych teorii, wprowadzania nowych pojęć, a nawet tworzenia nowych jednostek chorobowych. Światowa Organizacja Zdrowia od ponad 20 lat czyni wysiłki w celu ujednoczenia nazewnictwa, kryteriów diagnostycznych i klasyfikacyjnych w skali całego świata. Twórcy międzynarodowej klasyfikacji musieli zatem pokonać liczne trudności. Musieli się przede wszystkim wznieść ponad spory różnych szkół i orientacji teoretycznych dotyczących granic jednostek chorobowych i ich etiologii. Głównym celem przyświecającym autorom klasyfikacji było opracowanie wykazu (katalogu) rozpoznań psychiatrycznych i ich definicji, który umożliwiłby obliczenia statystyczne i epidemiologiczne w skali świata. Istotną trudność stanowiła sprawa terminologii.

Podział zaburzeń psychicznych według **Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych** (ICD-10, od nazwy angielskojęzycznej International Classification of Diseases and Related Health Problems) obejmuje następujące (główne) kategorie diagnostyczne:

- Organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi.
- Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (behawioralne) spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych.
- Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizoidalne, w oryginale schizotypowe) i urojeniowe.

- Zaburzenia nastroju (afektywne).
- Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (somatoform).
- Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi.
- Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych.
- Upośledzenie umysłowe.
- Zaburzenia rozwoju psychicznego (psychologicznego).
- Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym.
- Nieokreślone zaburzenia psychiczne.

Rozdział V ICD-10 nie obejmuje oczywiście wszystkich stanów chorobowych towarzyszących zaburzeniom psychicznym wymienionym w tym rozdziale. Poszczególne rozdziały Klasyfikacji zawierają liczne stany, które mogą w praktyce mieć znaczenie psychiatryczne. Omawiam je w dużym skrócie. Są to:

- Niektóre choroby zakaźne i pasożytnicze (np. kiła).
- Nowotwory (np. złośliwy nowotwór mózgu).
- Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej.
- Choroby układu nerwowego (np. zapalenie mózgu, padaczka, choroba Parkinsona, Huntingtona, Alzheimer, wodogłowie).
- Choroby oka (np. jaskra, jaskra wtórna polekowa).
- Choroby ucha i wyrostka sutkowatego.
- Choroby układu krążenia (np. samoistne, pierwotne nadciśnienie, krwotok podpajęczynówkowy i mózgowy, zawał mózgu itd.).
- Choroby układu oddechowego (np. dychawica oskrzelowa).
- Choroby układu trawiennego (np. wrzód żołądka i dwunastnicy, zespół drażliwego jelita, inne czynnościowe zaburzenia jelit, alkoholowa choroba wątroby).
- Choroby skóry i tkanki podskórnej (np. atopowe zapalenie skóry, przeczyszczenia psychogenne).
- Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (np. toczeń rumieniowaty układowy).
- Choroby układu moczowo-płciowego (np. bolesny wzwód prącia, zespół napięcia przedmiesiączkowego, stany związane z menopauzą).
- Ciąża, poród i połóg (np. zaburzenia psychiczne i choroby układu nerwowego wikłające ciążę).
- Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe (np. zespół Downa – trisomia 21, zespół Turnera, zespół Klinefeltera – kariotyp 47,XXY).
- Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych, gdzie indziej nie sklasyfikowane.
- Urazy, zatrucia oraz inne określone następstwa czynników zewnętrznych.
- Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu (np. zamierzone samouszkodzenie różnymi sposobami – zatrucia, powieszenie, zanurzenie lub utopie-

nie, postrzały z broni palnej, użycie materiału wybuchowego, użycie narzędzia ostrego lub tępego, skok z wysokości itd.).

- Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt z usługami zdrowotnymi (np. ogólne badania lekarskie osób bez dolegliwości i rozpoznania choroby, w tym ogólne badanie psychiatryczne, nie sklasyfikowane gdzie indziej, obserwacja w kierunku podejrzewanych zaburzeń psychicznych itd.).
- Wyszczególnione stany, jeśli towarzyszą zaburzeniom psychicznym lub leżą u ich podłoża, dostają właściwe kodowanie, co służy przede wszystkim celom statystycznym.

KLASYFIKACJA AMERYKAŃSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHIATRYCZNEGO

Klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, zwana w skrócie DSM (ang. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), stanowi jeden z najbardziej znanych i stosowanych na świecie systemów diagnostyczno-klasyfikacyjnych. Twórcy tego systemu dążą wytrwale w kolejnych wydaniach: DSM-I, DSM-II, DSM-III, DSM-III R, DSM-IV do spopularyzowania i umiędzynarodowienia zawartych w nim kryteriów diagnostycznych, klasyfikacyjnych i terminów. Widoczna jest pewna unifikacja terminologii z międzynarodową klasyfikacją ICD-10. Jest to o tyle zrozumiałe, że przy opracowaniu obydwóch klasyfikacji brali udział ci sami ludzie. Wysiłki te mają doniosłe znaczenie dla ogólnoświatowego rozwoju psychiatrii. Idealem byłoby bowiem stworzenie takiego układu diagnostyczno-klasyfikacyjnego, który nie tylko katalogowałby i definiował rozpoznania psychiatryczne we wszystkich krajach, ale służyłby szeroko badaniom statystycznym, epidemiologicznym, diagnostyce codziennej, celom naukowo-badawczym, badaniom transkulturowym itd.

Klasyfikacja DSM uległa w ciągu ponad 50 lat istnienia (DSM-I powstało w 1952 r.) znacznym zmianom. Twórcy DSM dążyli do tego, aby spełniał on następujące warunki:

- 1) był przydatny w wyborze leczenia i kierowania decyzjami w różnych sytuacjach klinicznych;
- 2) precyzyjnie określał poszczególne kategorie diagnostyczne;
- 3) stwarzał szansę zaakceptowania go przez klinicystów i badaczy o różnej orientacji teoretycznej;
- 4) był przydatny dydaktycznie;
- 5) utrzymywał kompatybilność z ICD-10;
- 6) unikał nowej terminologii i koncepcji łamiących tradycyjne poglądy, z wyjątkiem sytuacji zdecydowanie koniecznych i nie budzących wątpliwości;
- 7) określał przydatność diagnostyczną terminów używanych dotąd w sposób niekonsekwentny i umożliwiał uniknięcie używania terminów o wątpliwej użyteczności;

- 8) był spójny z danymi pochodzącymi z badań naukowych i jednocześnie zachowywał aktualność przyjętych kategorii diagnostycznych;
- 9) był przydatny do opisów naukowych;
- 10) był otwarty na krytykę klinicystów i pracowników naukowo-badawczych.

Podstawą klasyfikacji DSM-IV jest tzw. diagnostyka wieloosiowa. W pierwszej części podręcznika wspomniano o układzie nozograficznym, opartym na teorii etiopigenezy T. Bilikiewicza. Ten oryginalny polski system, używany w wielu ośrodkach psychiatrycznych w naszym kraju, oparty jest również na diagnozie wieloosiowej, a ściślej na trzech osiach. Pierwszą oś stanowi osobowość przedchorobowa, w której kształtowaniu odgrywają m.in. rolę czynniki dziedziczno-konstytucjonalne (genetyczne). Oś drugą stanowią biologiczne (somatyczne) czynniki etiopatogenetyczne, nabyte lub uwarunkowane genetycznie, a także czynniki psychologiczne i środowiskowe. Oś trzecią tworzą zespoły psychopatologiczne (psychotyczne, nerwicowe oraz inne odwracalne).

W wieloosiowej diagnostyce amerykańskiej (wypada nadmienić, że psychiatrzy amerykańscy uznali wkład T. Bilikiewicza w diagnostykę wieloosiową, por. Mezzich 1995) występuje pięć osi. Obowiązuje rozpoznawanie zaburzeń psychicznych przy użyciu trzech osi diagnostycznych (I–III), zaleca się użycie jeszcze dwóch (IV–V).

Osie diagnostyczne DSM-IV przedstawiają się następująco (1994):

- I. Zespoły kliniczne (clinical disorders) i inne stany mogące zainteresować klinicystę.
- II. Zaburzenia osobowości i upośledzenia umysłowe.
- III. Stany ogólnomedyczne (general medical conditions).
- IV. Problemy psychospołeczne i środowiskowe.
- V. Poziom funkcjonowania.

Z praktycznego punktu widzenia wielką zaletą systemu DSM-IV jest możliwość (a nawet konieczność) określenia nasilenia poszczególnych objawów, czynników i zespołów, jak również funkcjonowania społecznego. Autorzy DSM zalecają posługiwanie się w tych celach odpowiednimi skalami kwantyfikującymi poszczególne objawy. Największe znaczenie mają kryteria diagnostyczne, które opierają się precyzyjnie bądź na występowaniu jakiegoś objawu, bądź na jego braku (tzw. kryterium wyłączające). Do sprawy tej będziemy jeszcze wracali, gdyż autorzy podręcznika umówili się, że będą w miarę możliwości w poszczególnych rozdziałach uwzględniali kryteria amerykańskiej klasyfikacji, chociaż pierwszeństwo dajemy Międzynarodowej Klasyfikacji WHO ICD-10. Chodzi o to, aby polski absolwent znał DSM w ogólnych zarysach i umiał się nim posługiwać zarówno w Polsce, gdzie DSM zyskuje coraz więcej zwolenników, jak i w innych krajach, w których amerykańska klasyfikacja zadomowiła się już od dawna. Nawiasem mówiąc, wiele redakcji naukowych czasopism psychiatrycznych wymaga od autorów posługiwanie się kryteriami DSM. W podręczniku posługujemy się podziałem zaburzeń psychicznych przyjętym powszechnie w Polsce. Nie odiega on jednak w sposób zasadniczy od podziałów międzynarodowych.

Klasyfikacja DSM-IV obejmuje następujące główne kategorie diagnostyczne:

- Zaburzenia rozpoznawane zwykle po raz pierwszy w niemowlęctwie, dzieciństwie i w wieku młodzieńczym (ang. adolescence).
- Zaburzenia świadomości (ang. delirium), otępienie, zaburzenia amnestyczne i inne poznawcze.
- Zaburzenia psychiczne spowodowane stanami ogólnomedycznymi, nie sklasyfikowane gdzie indziej.
- Zaburzenia związane z substancjami.
- Schizofrenia i inne zaburzenia psychotyczne.
- Zaburzenia nastroju.
- Zaburzenia lękowe.
- Zaburzenia pod postacią somatyczną (ang. somatoform disorders).
- Zaburzenia pozorowane (ang. factitious disorders).
- Zaburzenia dysocjacyjne (dawne histeryczne – przyp. A. B.).
- Zaburzenia seksualne i tożsamości płciowej.
- Zaburzenia odżywiania się.
- Zaburzenia snu.
- Zaburzenia kontroli impulsów nie sklasyfikowane gdzie indziej.
- Zaburzenia przystosowania.
- Zaburzenia osobowości.
- Inne stany, które mogą być przedmiotem klinicznej uwagi.

Porównując obydwie systemy diagnostyczno-klasyfikacyjne, tj. ICD-10 i DSM, trudno nie dostrzec podobieństw, a nawet tożsamości niektórych kategorii diagnostycznych. Są też różnice. Dotyczą one m.in. poszczególnych zaburzeń, ale również wyeliminowania pewnych rozpoznań, np. nerwic z DSM-IV.

Ze zrozumiałych powodów w naszym podręczniku omówiliśmy jedynie dwie, najbardziej znane i rozpowszechnione klasyfikacje zaburzeń psychicznych. Łącznie na świecie funkcjonuje ponad 20 nozologicznych systemów podziału. We wszystkich zaznacza się dążność do stworzenia zoperacjonalizowanej diagnozy psychiatrycznej.

We współczesnych klasyfikacjach odstąpiono od tradycyjnego podziału na objawy, zespoły i jednostki nozologiczne. Nie dostrzega się też wyraźnej granicy między nerwicami i psychozami. Autorzy systemów diagnostyczno-klasyfikacyjnych, wśród których prym wiodą eksperci z krajów anglosaskich, wprowadzili wygodne pojęcie „zaburzenia” (ang. disorder) rozumiane jako zespoły objawów manifestujących się zachowaniami lub przeżyciami, które wiążą się z:

- 1) cierpieniem (ang. distress);
- 2) niesprawnością (ang. disability) rzutującą na funkcjonowanie;
- 3) doświadczeniem zwiększonego ryzyka (śmierci, bólu, niesprawności);
- 4) ze znaczną utratą swobody.

W definicji zaburzeń psychicznych podkreślono ich wymiar indywidualny (tj. dotyczący pojedynczej osoby), co nie wyklucza jednak, że mogą one wykra-

czać poza ten wymiar i wpływać np. na funkcjonowanie w rodzinie lub innej grupie społecznej. Termin „disorder”, występujący zarówno w ICD-10, jak i DSM-IV, ma podkreślać syndromologiczny charakter większości klas diagnostycznych. Klasyfikacje te celowo unikają mniej precyzyjnych i jednoznacznych terminów wskazujących na tzw. jednostki chorobowe (ang. disease, illness), ograniczając ich użycie do sytuacji, gdy etiologia zaburzeń jest ustalona, chociaż nie zawsze (np. choroba Alzheimera, Picka, Huntingtona itd.), co może wynikać z pewnego przywiązania do nazewnictwa tradycyjnego uzasadnionego historycznie. Autorzy klasyfikacji kładą wyraźny akcent na klasyfikowanie zaburzeń, a nie osób, co wyraża się niestosowaniem pejoratywnych określeń w rodzaju: „schizofrenik”, „neurotyk” itp. (Wciórka, 1993).