

Dokąd zmierza DSM-V?

Allen Frances

The British Journal of Psychiatry (2009) 195, 391–392.

Proces opracowywania DSM-V rozpoczął się od ambitnych planów „zmian paradygmatu” w rozpoznaniu psychiatrycznym, które początkowo miały być oparte na wykrywaniu markerów biologicznych. Jest to oczywiście niemożliwe do zrealizowania, dlatego obecnie energię angażuje się w dokonywanie innych poważnych zmian, w tym opracowywanie ocen wymiarowych i formalnych rozpoznań zaburzeń prodromalnych i podprogowych. Pojawiają się głosy, że może to prowadzić do lawinowego narastania rozpoznań fałszywie dodatnich i szkodliwego, zbyt szeroko zakrojonego leczenia. Zgodnie z lepszą, bardziej stonowaną alternatywą nastąpi weryfikacja opisów zaburzeń oraz połączenie z ICD-11 w dążeniu do opracowywania wspólnego systemu diagnostycznego dla DSM-V i ICD-11.

Na długo przed formalnym rozpoczęciem prac nad DSM-V w 2007 roku American Psychiatric Association, z poparciem National Institute of Mental Health, podjęło próbę opracowania programu badawczego, który sprzyjałby opracowaniu systemu diagnostycznego w psychiatrii opartego na markerach biologicznych. Cel był ambitny: promowanie badań, które mogłyby pomóc zastąpić obowiązujący powierzchowny i opisowy model diagnostyczny modelem opartym na poznaniu etiologii.¹ Odbyła się seria 12 konferencji dotyczących planowania badań,² w ramach każdej z nich dokonano przeglądu piśmiennictwa na temat określonych zagadnień diagnostycznych. Koncentrowano się m.in. na tym, czy są wystarczające dowody, aby można było uwzględnić testy biologiczne w dowolnym zestawie kryteriów DSM-V.³⁻⁵

Nic dziwnego zatem, że rozczarującym wnioskiem, do którego doprowadziły wszystkie te wysiłki, było stwierdzenie, że nie ma markerów biologicznych, które można byłoby uwzględnić w DSM-V. Dobrą wiadomością jest to, że wyraźna rewolucja w dziedzinie nauki o układzie nerwowym, biologii molekularnej i genetyki, jaka dokonana się w ciągu ostatniego trzydziestolecia, dostarczyła znacznego wglądu w funkcjonowanie zdrowego mózgu. Zła wiadomość jest taka, że obecne rozumienie psychopatologii jest dość prymitywne i przez pewien czas może zatrzymać się na tym poziomie. Parafrazując „Annę Kareninę” Tolstoja można stwierdzić, że każdy zdrowy mózg funkcjonuje mniej więcej tak samo,

natomiast przyczyny zmian psychopatologicznych są za każdym razem inne. Choć wciąż znajdowano wiele zwodniczych parametrów biologicznych, które miały być związane z określonymi zaburzeniami, wszystkie one nie są niczym więcej niż grupą odchyłeń od średniej i żaden z nich nie osiągnął odpowiedniej czułości czy swoistości, aby można było skonstruować na jego podstawie test diagnostyczny. Oczywiście jest zatem, że w naszej dziedzinie brakuje podstawowego zrozumienia patogenezy, co jest etapem koniecznym, przed wykonaniem znaczącego kroku w stronę zmiany paradygmatu do etiologicznego modelu diagnostycznego.⁶

Wymiary wzmacniają kategorie

Pamiętając o tym niepowodzeniu, DSM-V Task Force nie porzuciła nadziei, że może dokonać fundamentalnych zmian paradygmatu w inny sposób. Pierwszym pomysłem było wzbogacenie tradycyjnego kategoryjnego modelu rozpoznań psychiatrycznych DSM o oceny wymiarowe.⁷ Od dawna zdawano sobie sprawę, że zaburzenia psychiczne opisywane w naszym systemie diagnostycznym są nieprecyzyjne, charakteryzują się rozmytymi granicami między sobą, a także między tym, co jest normą, a tym, co patologią. Tradycyjne podejście kategoryjne reprezentowane przez DSM (i ICD) jest niezgodne do nadania kształtu niechcianym połączeniom i prowadzi do utraty wielu informacji o tym procesie. Osobiście od dawna byłam zwolennikiem podejścia wymiarowego i mia-

łam nadzieję, że odegra ono większą rolę w DSM-IV.⁸

Jesteśmy jednak zmuszeni zgodzić się z tym, co DSM-V Task Force prawdopodobnie ponownie odkryje teraz: prawie na pewno przedwczesne jest uwzględnienie obszernego modelu wymiarowego w oficjalnej nomenklaturze diagnostycznej. Wynika to z dwóch powodów. Po pierwsze, nie ma powszechnie przebadanego i zaakceptowanego systemu rozpoznania wymiarowego. Choć nadal bardzo niewiele wiemy na temat określonych wymiarów proponowanych w DSM-V, oczywiście jest, że są one tworzone *ad hoc*, co nie budzi dużego zaufania. Drugi problem jest związany z aspektami praktycznymi. Zajęci lekarze niewątpliwie uznają za uciążliwą dodatkową pracę związaną z ocenianiem poszczególnych wymiarów. Przeważnie ignorują nieliczne wymiary już uwzględnione w DSM-IV (np. ocenę nasilenia i 100-punktową Ogólną skalę oceny funkcjonowania [Global Assessment of Functioning]). Rozpoznawanie w modelu wymiarowym będzie dla lekarzy zadaniem trudniejszym, a kliniczna przydatność systemu diagnostycznego (uznana za jeden z głównych celów przy planach opracowania ICD-11) okaże się odpowiednio mała. Przedwczesne wprowadzenie nieprzemysłanego systemu wymiarowego do DSM-V może niekorzystnie wpłynąć na jego późniejszą akceptację przez klinicystów, kiedy zostaną uzyskane o wiele lepsze dowody potwierdzające zasadność jego wykorzystywania. Rozpoznanie wymiarowe pozostaje atrakcyjną ideą, której czas wprowadzenia w życie jeszcze nie nadszedł.

Zaburzenie podprogowe i stany przedchorobowe

Ostateczny cel spełniający ambicję zmiany paradygmatu w DSM-V rodzi największe wątpliwości. Grupy robocze analizują wiele zaburzeń podprogowych i stanów przedchorobowych (np. małą depresję, zespoły prepsychotyczne, łagodne upośledzenie funkcji poznawczych). Chwalebny cel wykrywania tych stanów i traktowania ich jako oficjalnych kategorii diagnostycznych zmierza do promowania wczesnego identyfikowania potencjalnych pacjentów i ich leczenia, co ma służyć zmniejszeniu obciążenia chorobą w ciągu całego życia.

Niewiele uwagi poświęcono jednak nierozwiązywalnemu problemowi, nieodłącznemu z każdym wysiłkiem podejmowanym w celu identyfikowania osób z grup ryzyka rozwoju poważniejszych zaburzeń. Obecny stan wiedzy nie pozwala na opracowanie zestawów kryteriów, które byłyby wystarczająco specyficzne, aby uniknąć uzyskiwania przy okazji dużej liczby wyników fałszywie dodatnich.⁹ Biorąc pod uwagę niefortunne doświadczenia z przeszłości, zakres wyników fałszywie dodatnich byłby również niewątpliwie znacznie poszerzony w wyniku sumiennych strategii marketingowych przemysłu farmaceutycznego – szczególnie w podstawowej opiece zdrowotnej oraz (przynajmniej w Stanach Zjednoczonych) w wyniku działań samych pacjentów.

Przeanalizujmy to na najbardziej oczywistym przykładzie, mającym potencjalnie tragiczne następstwa – znacznym zwiększeniu częstości przepisywania atypowych leków przeciwpsychotycznych nastolatkom, którzy nierzadko robią lub mówią dziwne rzeczy (często podczas używania narkotyków), co może sugerować stan prepsychotyczny. Fałszywie dodatnie rozpoznanie zespołu prepsychotycznego prowadzi do potwierdzonych zagrożeń związanych ze stosowaniem leków, włącznie ze znacznym skróceniem czasu przeżycia obserwowanego u chorych na schizofrenię.

Włączenie podprogowych i przedchorobowych zaburzeń jako oficjalnych kategorii mogłoby prowadzić nawet do dziesiątków milionów nowych fałszywie dodatnich rozpoznań, związanych z narażeniem na niepotrzebne leczenie, stygmatyzację i trudności w uzyskaniu ubezpieczenia (poważny problem w Stanach Zjednoczonych, gdzie towarzystwa ubezpieczeniowe często nie chcą refundować kosztów leczenia „wcześniejszych” zaburzeń). Problemy codziennego życia byłyby rozwiązywane głównie za pomocą leków, a rozpoznania psychiatryczne zostałyby stywalizowane.

Wczesne wykrywanie i leczenie stanów przedchorobowych i zaburzeń o mniejszym

nasileniu jest wspianą ideą, która niestety nie jest jeszcze możliwa do zrealizowania. Zanim będzie można stawiać takie rozpoznania, spełnione muszą zostać dwa warunki: 1) charakteryzujący się dużą swoistością test przesiewowy (prawie na pewno biologiczny), 2) metoda leczenia charakteryzująca się jednoznacznie korzystnym stosunkiem zagrożeń do spodziewanych korzyści (risk/benefit ratio) – nawet jeżeli będzie stosowana przez długi czas i u osób z mało nasilonymi objawami. Obecnie dysponujemy niekorzystnym przeciwstawnym połączeniem: nieswoistymi narzędziami diagnostycznymi i potencjalnie niebezpiecznymi metodami leczenia.

Postęp poprawiania DSM-V

Ambicje tworzenia nowatorskiej klasyfikacji spowodowały oczywiście, że DSM-V wkroczyło na niebezpieczne terytorium. Obawy, że plany dotyczące nowej klasyfikacji mogłyby doprowadzić do godnych pożałowania, niezamierzonych konsekwencji, zostały nasilone przez duże ambicje połączone z niefortunnym zamiłowaniem do dyskrekcji, źle zorganizowaną metodologią i nierealistyczną datą publikacji. Aura tajemniczości jest wszechogarniająca. Członkowie DSM-V Task Force musieli obowiązkowo podpisać oświadczenie o poufności. Doradcy w procesie opracowywania DSM-V są nieliczni i ściśle wyselekcjonowani. Najbardziej problematyczny do tej pory był zbyt ograniczony przepływ informacji wewnątrz i na zewnątrz grup roboczych. Niezwykle, że rozpoczęcie badań dla potrzeb DSM-V zostało zaplanowane na lipiec 2009 r., mimo że nie doszło do publicznej prezentacji propozycji DSM-V ani oszacowania empirycznego wsparcia z przeglądu piśmiennictwa czy wtórnych ponownych analiz danych.

Dysponujemy jedynie mglistą ideą określonych opcji DSM-V, ale żadnym pomysłem, w jaki sposób je wyrazić. Nie opracowano także żadnych wytycznych dotyczących metodologii czy rozkładu badań terenowych. Aby uniknąć wszelkich niekorzystnych następstw nadużywania systemu diagnostycznego, kiedy zacznie on być wykorzystywany w codziennym życiu, konieczne są otwarte, szeroko zakrojone zewnętrzne badania przesiewowe. Niestety DSM-V wydaje się wypuszczane prawie na ślepo, a przecież z żalem stwierdziliśmy, opracowując DSM-IV, że szkodliwe i trudne do przewidzenia konsekwencje czają się wszędzie.¹⁰ Zdarzyło się kilka niemiłych niespodzianek, mimo że cel przy opracowywaniu DSM-IV był maksymalnie konserwatywny, metody rygorystyczne,¹¹ a wyniki naszych prac poddane

szerokiej ocenie.¹² O ile bardziej prawdopodobne jest, że DSM-V będzie powodować wiele poważnych, niezamierzonych konsekwencji, skoro nie zostało poddane takim czynnikom ochronnym w trakcie opracowywania?

Rady

Co można teraz zrobić? Wydaje się, że jest to dobry moment dla DSM-V, aby ograniczyć ambicje, poprawić metodologię i otworzyć proces i jego produkty dla szerszej publiczności. Trzeba również stawiać realistyczne cele. Dla wszystkich rozsądne byłoby zaakceptowanie faktu, że model opisowy w psychiatrii jest stary, zużyty, funkcjonował przez długi czas i zrobił tak dużo jak mógł dla rozwoju tej dziedziny. Arbitralne przearanżowanie rozpoznania opisowego nie ma żadnego rzeczywistego celu i mogłoby niezwykle destrukcyjnie wpłynąć na badawcze, sądowe, kliniczne, edukacyjne i administracyjne zastosowania systemu diagnostycznego.

Zasugerowałbym skierowanie ambicji związanych DSM-V w dwóch kierunkach. Najważniejszym z nich byłaby integracja DSM i ICD w jeden system osiowy,¹³ tak aby DSM-V oferował zestawy kryteriów, a ICD-11 zapewniała łatwiejsze do wykorzystania prototypy diagnostyczne. Funkcjonowanie dwóch podobnych, ale rywalizujących ze sobą systemów diagnostycznych powoduje na całym świecie znaczny, niepotrzebny zamęt. Datę publikacji ICD-11 przełożono na 2014, zaś proponowaną datę publikacji DSM-V na 2012 rok, co wydaje się coraz bardziej nierealistyczne, zatem jeżeli byłaby taka chęć, możliwe byłoby znalezienie sposobu zintegrowania tych dwóch systemów. Sugerowałbym również przeniesienie akcentów z dążenia do skupiania się na radykalnej zmianie zestawów kryteriów DSM-V na systematyczne poprawianie tekstu klasyfikacji. Aktualny format tekstu nie jest zachęcający i wymaga wielu aktualizacji. Szczególnie potrzebne są poszerzone sekcje dotyczące aktualnej wiedzy na temat biologicznego podłoża poszczególnych zaburzeń oraz udoskonalenie sekcji opisujących wpływ na rozpoznanie czynników rozwojowych, zależnych od płci i kulturowych. Musimy zaakceptować to, że realne przesunięcie paradygmatu w psychiatrii może nastąpić tylko wtedy, kiedy uda się stopniowo zrozumieć i wyjaśnić przynajmniej niektóre formy psychopatologii. Najbardziej obiecujące stanowisko przedstawia w tym kontekście amerykański National Institute of Mental Health. Będzie koordynował interdyscyplinarne wysiłki zmierzające do potwierdzenia wartości różnych uwarunkowanych biologicznie „kategorii badawczych”. Przy odrobinie szczęścia wysiłki NIMH

stopniowo pozwolą oprzeć rozpoznanie psychiatryczne na etiologii, a nie jedynie opisowych podobieństwach. Oczywiście miną lata, zanim dokona się taki postęp w nielicznych dziedzinach, i dziesiątki lat, zanim będzie można stworzyć pełen system diagnostyczny. Wydanie DSM-V nie stanowi oczywiście zmiany paradygmatu, niezależnie od jego aspiracji, i może powodować spustoszenie na swojej drodze.

From the British Journal of Psychiatry (2009) 195, 391–392. Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyright © 2009 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.

Piśmiennictwo

1. Kupfer D, First M, Regier D (eds). *A Research Agenda for DSM-V*. American Psychiatric Publishing, 2002.
2. Kupfer D, Regier D, Kuhl E. On the road to DSM-V and ICD-11. *Eur Arch Psychiatry Clin Neuroscience* 2008; 258(suppl 5):2–6.
3. Koob G. The neurobiology of addiction: a neuroadaptational view relevant for diagnosis. *Addiction* 2006;101:23–30.
4. Sunderland T, Hampel H, Takeda M, Putnam KT, Cohen RM. Biomarkers in the diagnosis of Alzheimer's disease: are we ready? *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2006;19:172–9.
5. Benes F. Searching for unique endophenotypes for schizophrenia and bipolar disorder within neural circuits and their molecular regulatory mechanisms. *Schizophr Bull* 2007;33:932–6.
6. Hyman S. Can neuroscience be integrated into the DSM-V? *Nature Rev Neurosci* 2007;8:725–32.
7. Helzer JE, Kraemer HC, Krueger RF, Wittchen H-U, Sirovatka PJ, Regier DA (eds). *Dimensional Approaches in Diagnostic Classification: Refining the Research Agenda for DSM-V*. American Psychiatric Association, 2008.
8. Frances A. Dimensional diagnosis of personality – not whether, but when and which. *Psychol Inquiry* 1993; 4:110–1.
9. Corcoran C, Malaspina D, Hercher L. Prodromal interventions for schizophrenia vulnerability: the risks of being 'at risk'. *Schizophr Res* 2005; 73:173–84.
10. First M, Frances A. Issues for DSM-V; Unintended consequences of small changes: the case of paraphilias. *Am J Psychiatry* 2008;165:1240–1.
11. Widiger TA, Frances AJ, Pincus HA, Davis WW, First MB. Toward an empirical classification for the DSM-IV. *J Abnorm Psychol* 1991;100:280–8.
12. Task Force on DSM-IV. *DSM-IV Options Book: Work in Progress* 9/1/99. American Psychiatric Association, 1991.
13. First M. Harmonization of ICD-11 and DSM-V: opportunities and challenges. *Br J Psychiatry* 2009;195: 382–90.

Piśmiennictwo do artykułu „Czy nasze duże klasyfikacje zaburzeń psychicznych należy zmienić?” ze str. 64

Piśmiennictwo

1. Kessler R, Chiu WT, Demler O, Walters EF. Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:617–27.
2. Vollebergh WAM, Iedema J, Bijl RV, de Graaf R, Smit F, Ormel J. The structure and stability of common mental disorders: the NEMESIS study. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:597–603.
3. Andrews G, Anderson TM, Slade T, Sunderland M. Classification of anxiety and depressive disorders: Problems and solutions. *Depress Anxiety* 2008; 25:274–81.
4. Andrews G, Goldberg DP, Krueger RF, Carpenter WT, Hyman SE, Sachdev P, et al. Exploring the feasibility of a meta-structure for DSM-V and ICD-11: could it improve utility and validity? *Psychol Med* 2009;39: 1993–2000.
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: 2001–12.
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: 2013–23.
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: 2025–42.
8. Goldberg DP, Andrews G, Hobbs MJ. Where should bipolar disorder appear in the meta-structure? *Psychol Med* 2009;39:2071–81.
9. Krueger RF, South SC. Externalizing disorders: cluster 5 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychol Med* 2009;39:2061–70.
10. Goldberg DP, Krueger RF, Andrews G, Hobbs M. Emotional disorders: cluster 4 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychol Med* 2009; 39:2043–59.
11. Löwe B, Spitzer RL, Williams JBW, Mussell M, Schellberg D, Kroenke K. Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *Gen Hosp Psychiatry* 2008;30:191–9.
12. Goldberg DP. Plato versus Aristotle: categorical and dimensional models for common mental disorders. *Compr Psychiatry* 2000;41(suppl 1):8–13.
13. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. Show me a child at seven: the consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood. *J Child Psychol Psychiatry* 2005;46:837–49.
14. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorders: developmental followback of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60:709–717.