

Pôvodná práca

DSM-5 je tu!

Peter Minárik

Súhrn

Diagnostický a štatistický manuál duševných porúch, 5. vydanie (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-5™)) bol publikovaný 18. mája 2013, nahradil DSM-IV-TR, ktorý bol publikovaný v roku 2000. Proces vývoja DSM-5 začal s ambíciou poskytnúť novú paradigmu v psychiatrických diagnózach. V skutočnosti na konci DSM-5 nerealizoval paradigmu, ale skôr urobil prírastkové zmeny v celkovej štruktúre a v diagnostických kritériách pre niektoré psychiatrické poruchy.

Kľúčové slová: Diagnostický a štatistický manuál duševných porúch, DSM.

Summary

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) was published on May 18, 2013, superseding the DSM-IV-TR, which was published in 2000. The DSM-5 development process started with a ambition to provide a new paradigm in psychiatric diagnosis. Indeed, in the end, DSM-5 did not implement a paradigm, but, rather, it made incremental changes in the overall structure, and in the diagnostic criteria for some psychiatric disorders.

Key words: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM.

V máji 2013 bola oficiálne zverejnená publikácia Diagnostický a štatistický manuál duševných porúch, 5. vydanie (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-5™)) pripravená organizáciou American Psychiatric Association (APA). Ide o výsledok vyše 12-ročnej práce. Už na prvý pohľad čitateľ zbadá zmenu, namiesto tradične používaných rímskych čísel sa použila arabská číslica, namiesto DSM-V máme DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

Klasifikácia psychiatrických ochorení a utriedenie diagnostických kritérií má už dlhú tradíciu siahajúcu do 19. storočia. V roku 1844 APA pripravila predchodcu dnešného DSM-5 v podobe štatistickej klasifikácie zameranej na inštitucionalizovane liečených pacientov s psychiatrickými ochoreniami s cieľom zlepšiť komunikáciu medzi zdravotníkmi zariadeniami (American Psychiatric Association, 2013). Prepracované taxonómie psychiatrických ochorení pochádzajú od Emila Kraepelina z roku 1893 a Thomasa Salmona z roku 1918. Emil Kraepelin uviedol do života diagnózy ako schizofrénia alebo to čo dnes je pomenované ako bipolárna porucha, ale z dnešného pohľadu už aj vyradené diagnózy ako masturbačné šialenstvo alebo svadobná

nočná psychóza. Práca Thomasa Salmona bola založená na 20 diagnózach (Dobbs, 2013). Snahy o klasifikáciu psychiatrických ochorení boli motivované hlavne potrebami verejného zdravotníctva a tiež aj uľahčením komunikácie medzi zdravotníkmi zariadeniami sa objavovali celú prvú polovicu 20. storočia.

Treba povedať, že v psychiatrii 19. a začiatku 20. storočia dominovala orientácia na psychózy a väčšina lekárov pracujúcich v oblasti psychiatrie boli zamestnanci verejných zdravotníckych inštitúcií. Uvedený stav dobre dokumentuje výrok jedného z pionierov psychiatrie Roya Grinkera (1900-1993), že poznať schizofréniu, znamená poznať psychiatriu. Situácia sa dramaticky zmenila v polovici 20. storočia, keď bol zaznamenaný dramatický nárast psychiatrických ochorení v dôsledku vojen. Postupne sa tak otvárala potreba širšej klasifikácie psychiatrických ochorení presahujúcich tradičné zameranie na psychózy a hospitalizovaných pacientov. Prax ukázala, že mnohé syndrómy spojené s vojnovým utrpením vojakov možno liečiť psychoterapiou a v niektorých prípadoch stačilo, aby vojaci mali možnosť hovoriť o svojich traumatizujúcich skúsenostiach v bezpečnom prostredí mimo bojového poľa. V roku 1948 bol publikovaný Ministerstvom zdravotníctva USA armádnym manuál pre klasifikáciu psychiatrických ochorení (Medical 203, Office of the Surgeon General), ktorý bol o štyri roky revidovaný a vyšiel ako DSM-I. Išlo o spojenie vojno-

Psychiatrická nemocnica Philippa Pinela, Pezinok
Adresa pre korešpondenciu: RNDr. Peter Minárik, PhD., Psychiatrická nemocnica Philippa Pinela, Malacká cesta 63, 902 18 Pezinok, e-mail: peter.minarik@zentiva.sk, peter.minarik@sanofi.com

vých skúseností s psychoanalytickými teóriami, formuloval sa pohľad na psychiatrické ochorenia ako na reakciu na vonkajšie podmienky, preto aj v terminológii sa uprednostňoval termín reakcie (Shorter, 2005; Grinker, 2010).

Uvedená práca DSM-5 nadväzuje na predchádzajúce diagnostické a štatistické manuály pripravené APA odbornou spoločnosťou. Prvé z nich DSM-I a DSM-II publikované v rokoch 1952 a 1968 slúžili hlavne ako komentár terminológie používanej v psychiatrickej diagnostike (McCarron, 2013). Z dnešného pohľadu by sa im dalo vytknúť, že obidve obsahovali veľmi stručný opis ochorení a limitovaný opis klinických kritérií pre priradenie príslušnej diagnózy. DSM-I obsahovala 106 diagnóz v rozsahu 132 strán, DSM-II už 182 diagnóz (American Psychiatric Association, 1952 a 1968).

Práca DSM-II taktiež vychádzala z psychoanalytických teórií a sústredila sa na neurózy a problematiku adaptácie. Pojem neurózy v mnohých prípadoch nahradil pojem reakcie, resp. pojem reakcie zmizol z terminológie pre dané ochorenie, tak sa zo schizofrenickej reakcie stal pojem schizofrenia (Shorter, 2005). V DSM-II sa pôvodných 9 typov schizofrenie uvedených v DSM-I rozšírilo na 15 typov, pričom do širokého počtu symptómov pre schizofreniu boli zaradené symptómy, ktoré boli priradené aj iným ochoreniam, ako napr. manicko-depresívna porucha, depresia. Medzi týmito typmi schizofrenie sa objavil aj autizmus, ktorý sa vtedy pokladal za prejav schizofrenie klinicky manifestovanej v detskom veku a paranoidnej schizofrenie skôr ako za samostatnú diagnostickú jednotku. Ďalším typom, ktorý neskôr zmizol, bol latentný typ schizofrenie, ktorý opisoval včasný nástup symptómov. Treba ale povedať, že myšlienka stanoviť v nejakej inej forme analógiu latentného typu schizofrenie je stále živá. Vychádza z predstavy schizofrenie ako vývojovej poruchy a niektoré symptómy sa môžu objaviť skôr, ako dôjde k psychotickej epizóde. V prospech uvedenej myšlienky hovorí možnosť včasného záchytu a možnosť intervencie (prevencie?) u rizikových jedincov. Proti je naopak skutočnosť, že nie u všetkých „rizikových“ jedincov sa klinicky manifestuje schizofrenia, čo by mohlo viesť k stigmatizácii (Grinker, 2010). Parciálne túto diskusiu odráža zavedenie oslabeného psychotického syndrómu (attenuated psychosis syndrome) do DSM-5, ktorý je charakterizovaný psychóze-podobným symptómom, ktoré sú však pod hranicou psychózy, napr. sú menej závažné a viac prechodné (Tsuang et al., 2013).

Uvedená klasifikácia neprispela k štandardizácii diagnostikovania tohto ochorenia, čo sa ukázalo v roku 1971 v porovnávajúcej štúdií, keď väčšia psychiatria v USA diagnostikovala ochorenie schizofrenia a na druhej strane Atlantiku britskí psychiatri u tých istých pacientov diagnostikovali manicko-depresívnu poruchu (Kendell et al., 1971; Grinker, 2010).

Ďalší manuál DSM-III publikovaný v roku 1980 bol vytvorený so zámerom zlepšiť diagnostiku psychiatrických ochorení v klinickej praxi. DSM-III obsahovala už 265 diagnóz (American Psychiatric Association, 1980). Pojem neurózy bol nahradený pojmom porucha, aj keď pri mnohých poruchách v zátvorkách bol uvedený pojem neuróza, aby bolo zadosť učinené psychoanalytickej komunite. Taktiež pri tvorbe tohto manuálu bola tendencia odstrániť diagnózy,

respektíve zjednodušiť klasifikáciu spájaním alebo odstránením nejasných diagnóz. Tak sa napríklad pri schizofrenii vytvorilo 5 typov. Za významný krok sa považuje zadefinovanie dvoch hlavných domén symptómov – pozitívnych a negatívnych. Z pohľadu vývoja klasifikácie ochorení sa podčiarkuje hlavne definovanie negatívnych symptómov schizofrenie, čo umožnilo podchytiť pacienta, ktorý nebol aktívne psychotický alebo ktorého symptómy sa menili v čase (Grinker, 2010). Poznanie a rozlišovanie pozitívnych a negatívnych symptómov schizofrenie má svoje korene v minulosti, už v 19. storočí. V tomto období vznikli predstavy, že negatívne symptómy sú výsledkom straty funkcie, zatiaľ čo pozitívne symptómy predstavujú dezorganizáciu alebo zveličenie už existujúcich funkcií (Brown a Pluck, 2000).

Manuál zaviedol pojem piatich osí, podľa ktorých môže byť urobená diagnóza. Os I (klinické syndrómy) pre väčšinu psychiatrických ochorení s výnimkou ochorení uvedených v rámci osi II, os II pre poruchy osobnosti a vývojové poruchy, os III pre somatické poruchy, os IV pre závažnosť psychosociálnych stresorov a os V pre najvyššiu úroveň adaptačného fungovania v minulom roku. Prvé tri osi boli oficiálne stanovené ako základ pre diagnostiku, zatiaľ čo osi IV a V boli skôr zamerané na výskum, respektíve môžu byť použité ako doplnkové informácie k oficiálnym DSM-III diagnózam podľa osi I, II a III (American Psychiatric Association, 1980). V klinickej praxi os I bola používaná častejšie ako iné osi a postupne bola prijatá konvencia, že os I znamená farmakologicky liečiteľné ochorenia, zatiaľ čo os II znamená celoživotnú patológiu a v podstate neliečiteľné diagnózy (Shorter, 2005). Revízia DSM-III-R z roku 1987 predstavovala pomerne malú zmenu oproti pôvodnej verzii DSM-III, zvýšil sa počet diagnóz na 292 a rozsah na 567 strán, pôvodná DSM-III mala 265 diagnóz a 494 strán (Shorter, 2005).

Na trendy začaté v DSM-III nadviazal manuál DSM-IV publikovaný v roku 1994 a neskôr revízia tohto textu DSM-IV-TR (Text Revision) z roku 2000. Pôvodná DSM-IV mala 307 diagnóz a rozsah 886 strán (American Psychiatric Association, 1994). Revidovaná verzia neobsahovala žiadne zmeny v diagnostických kritériách, ale išlo o doplnenie sprevádzajúceho textu o najnovšie poznatky z oblasti výskumu a epidemiológie daných psychiatrických ochorení. Tak sa text stal viac vhodným z hľadiska vzdelávania a nielen príručkou diagnostických kritérií (Manley, 2007). Tvorcovia manuálu DSM-IV sa snažili eliminovať terminológiu, ktorá by mohla viesť k stigmatizácii osôb s psychiatrickými ochoreniami, napríklad pojem schizofrenik nahradili pojmom osoba so schizofreniou (Grinker, 2010). Pri tvorbe DSM-IV bola silná tendencia nepridávať nové diagnózy, z pôvodne navrhovaných 94 nových diagnóz boli zaradené do systému len 2 (Frances, 2013). Systém DSM-IV bol ešte v jednom smere poučný, pretože práve v ňom bola oficiálne opustená predstava funkčne-organickej dichotómie, teda mozog ako niečo hmotné (hardware) a myseľ ako niečo nehmotné (software), hovoríme že tieto kategórie boli nahradené empiricky založeným pluralizmom (Kendler, 2012).

Pri tvorbe DSM-5 sa vkladali isté nádeje na integráciu najnovších poznatkov z genetiky, genomiky, molekulárnej psychiatrie, neurovied a zobrazovacích metód. Zároveň

však vyvstávali otázky do akej miery to bude možné (Hyman, 2007). Vplyv týchto vied na DSM-5 je malý. Niektorí autori vysvetľujú tento konflikt našou snahou postihnúť a zároveň demonštrovať naše poznanie mozgu a prepojením mozgu, mysle a správanie, ktoré sa ukazuje podstatne komplikovanejšie, ako sme predpokladali v 90. rokoch 20. storočia (Casey et al., 2013). DSM-5 systém odstránil systém 5 diagnostických osí a zaviedol dimenzionálny diagnostický systém. Dimenzie môžu byť definované ako hodnotenie faktorov, ktoré nemusia byť nevyhnutne súčasťou diagnostických kritérií (napr. počet symptómov, ich trvanie a závažnosť), ale uvedené faktory majú veľký význam pri diagnostikovaní a plánovaní liečby daného ochorenia. Zavedenie kategórie dimenzii nie je novou myšlienkou, o niečo podobné sa pokúšal už v minulosti napríklad zakladateľ modernej psychiatrie Emil Kraepelin (Butlen-Ducuing et al., 2012). DSM-5 obsahuje vyše 300 diagnóz. Bolo pridaných 15 nových diagnóz, 2 boli odstránené, 28 skombinovaných s inými diagnózami a mnoho ďalších pozmenených, resp. doplnených (McCarron, 2013).

Systém DSM-5 podobne ako jeho predchodcovia DSM-III a DSM-IV, klasifikuje poruchy do diskretných kategórií, napr. bipolárna porucha, schizofrénia, tieto kategórie sú založené na starých teóriách a subjektívnych symptómoch. Výskum ešte nebol v dostatočnom stave rozložiť komplexné duševné poruchy do oddelených kategórií (Adam, 2013). Tu by v budúcnosti mohla pomôcť iniciatíva Národného inštitútu duševného zdravia (US National Institute of Mental Health (NIMH)), ktorá sa začala v rokoch 2009-2010, zameraná na detailnejšie pochopenie domén a štruktúr mozgu (The Research Domain Criteria (RDoC) framework). Táto iniciatíva chápe psychiatrické poruchy ako prejavy porúch štruktúr mozgu. Ak by bola v budúcnosti vypracovaná nová klasifikácia založená na RDoC myšlienkach, znamenalo by to zásadný posun od koncepcie DSM (Stein et al., 2013). Treba povedať, že všeobecná potreba reforiem klasifikácie ochorení je dnes oveľa širšia, nedotýka sa len psychiatrie, ale napr. aj endokrinológie, či internej medicíny (Kola a Bell, 2011).

História vývoja systémov DSM a klasifikácie psychiatrických ochorení vôbec odráža zložitosť pochopenia fungovania mozgu. Demonštruje však problém hľadania v ľudskom poznaní, čo nám zložitosť mozgu určite neľahčuje. V histórii tvorby DSM systémov jasne rezonuje snaha po zlepšení diagnostikovania ochorení a pomoci pacientom vôbec. Analytici predpokladajú, že DSM-5 bude živým dokumentom (oveľa živším ako jeho predchodcovia), ktorý sa bude postupne rozrastať o nové poznatky z výskumu a klinickej praxe. Preto aj rímska číslica bola nahradená arabskou číslicou 5, aby mohli vznikať dynamicky DSM-5.1, DSM-5.2, atď. Preto by sme mali snáď písať DSM-5.0 (Adam, 2013). Detailnejšie o zmenách v DSM-5, testovaní v praxi a alternatívach - to je už iná téma na ďalšie úvahy.

Literatúra

Adam, D.: On the spectrum. *Nature*, 496, 2013, s. 416-418.

Brown, R.G., Pluck, G.: Negative symptoms: the 'pathology' of motivation and goal-directed behaviour. *Trends Neurosci.*, 23, 2000, s. 412-417.

Butlen-Ducuing, F. et al.: DSM-5 and clinical trials in psychiatry: challenges to come? *Nature Rev. Neurosci.*, 11, 2012, s. 583-584.

Casey, B.J., Craddock, N., Cuthbert, B.N. et al.: DSM-5 and RDoC: progress in psychiatry research? *Nature Rev. Neurosci.*, 14, 2013, s. 810-814.

Dobbs, D.: Psychiatry A very sad story. *Nature*, 497, 2013, s. 36-37.

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Ed. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013, s. 13-44 a 57.

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Ed. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 1994, s. 13-31.

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd Ed. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 1980, s. 15-32.

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2nd Ed. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 1968, s. 5-13.

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 1952, s. 1-8.

Frances, A.: The New Crisis of Confidence in Psychiatric Diagnosis. *Ann. Int. Med.*, 159, 2013, s. 221-222.

Grinker, R.R.: In Retrospect The five lives of the psychiatric manual. *Nature*, 468, 2010, s. 168-170.

Hyman, S.E.: Can neuroscience be integrated into the DSM-5? *Nature Rev. Neurosci.*, 8, 2007, s. 725-732.

Kendell, R.E. et al.: Diagnostic criteria of American and British psychiatrists. *Arch. Gen. Psychiatry*, 25, 1971, s. 123-130.

Kendler, K.S.: The dappled nature of causes of psychiatric illness: replacing the organic-functional/hardware-software dichotomy with empirically based pluralism. *Mol. Psychiatry*, 17, 2008, s. 377-388.

Kola, I. Bell, J.: A call to reform the taxonomy of human disease. *Nature Rev. Drug Discovery*, 10, 2011, s. 641-642.

Manley, M.R.S.: Psychiatry Clerkship Guide Second Edition. Mosby Elsevier, Philadelphia, PA, Second Edition 2007, s. 63-67.

McCarron, R.M.: The DSM-5 and the Art of Medicine: Certainly Uncertain. *Ann. Int. Med.*, 159, 2013, s. 360-360.

Shorter, E.: A Historical Dictionary of Psychiatry. Oxford University Press, New York, 2005, s. 90-91.

Stein, D.J., Lund, C., Nesse, R.M.: Classification systems in psychiatry: diagnosis and global mental health in the era of DSM-5 and ICD-11. *Curr. Opin. Psychiatry*, 26, 2013, s. 493-497.

Tsuang, M.T. et al.: Attenuated psychosis syndrome in DSM-5. *Schizophrenia Res.*, 150, 2013, s. 31-35.

Do redakcie došlo 15.3.2014.