



Zaburzenia stresowe pourazowe w aktualnej klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA) wg DSM-5

Post-traumatic stress disorder in the current American Psychiatric Association DSM 5 classification

Wojciech Gruszczyński¹, Andrzej Dryja¹, Magdalena Gruszczyńska¹

¹ Katedra Psychologii Zdrowia i Klinicznej, Społeczna Akademia Nauk

Streszczenie

Z tytułu publikacji wynika, że dotychczasowe nazewnictwo – post-traumatic stress disorder – (PTSD) wg Klasyfikacji DSM-III, DSM-III-R oraz DSM-IV zostało w 2013 r. „rewolucyjnie” zmodyfikowane w nowej, obecnie obowiązującej Klasyfikacji DSM-5.

W związku z tym nazewnictwo i kryteria diagnostyczne PTSD można już uznać za „historyczne”. W 2015 r. ukazało się tłumaczenie DSM-5 w języku polskim. Wynika to również z faktu współwystępowania dwóch klasyfikacji zaburzeń psychicznych: międzynarodowej w ICD i amerykańskiej DSM, przy czym ta ostatnia zajmuje pozycję dominującą.

Rodzi to określone problemy naukowe, edukacyjne, diagnostyczno-orzecznicze i publikacyjne. „Zaburzenia stresowe pourazowe” w DSM-5, uwzględniające również kryteria diagnostyczne „u dzieci w wieku 6 lat i młodszych”, zostały opisane w rozdziale pt: „Zaburzenia pourazowe i związane z czynnikiem stresowym”.

Autorzy podręcznika na temat DSM-5 zwracają uwagę, że opisane w zestawach kryteria diagnostyczne obejmują procesy poznawcze, emocjonalne, behawioralne i fizjologiczne. Przedstawienie charakterystycznych zespołów objawów przedmiotowych i podmiotowych wskazuje na zasadnicze zaburzenia z jego swoistym wywiadem rozwojowym, biologicznym, środowiskowymi czynnikami ryzyka, zależnościami neuropsychologicznymi i filologicznym oraz typowym przebiegiem klinicznym.

Słowa kluczowe

zaburzenia stresowe pourazowe, DSM-5, zaburzenia psychosomatyczne

Abstract

On account of the publication it results that the current nomenclature „post-traumatic stress disorder” (PTSD) according to Classification DSM-III, DSM-III-R and DSM-IV was „revolutionary” modified in 2013 in the new governing Classification DSM-5.

Therefore it is possible to regard nomenclature and diagnostic criteria PTSD diagnostic criteria already. A DSM-5. translation was published in 2015 in Polish. It also results from the fact of the co-occurrence of two classifications of psychic disturbances: international in ICD and American DSM, in addition the one last has a dominant position.

It is giving birth to specific, educational, diagnostic and publishing scientific problems. „Post-traumatic stress disorders” in DSM-5. diagnostic criteria taking into account also „at children aged 6 and younger” were described in the chapter entitled „The disorder post-traumatic and connected with the stress factor”.

Authors of the DSM-5. textbook are paying attention, that diagnostic criteria described in sets include, emotional, behavioral and physiological cognitive processes. Describing characteristic object and subjective syndromes is pointing out to fundamental disorders with his specific developmental, biological interview, with environmental risk factors, relations neuropsychological and physiological and with typical clinical course.

Key words

post-traumatic stress disorders, DSM-5, psychosomatic disorders

Wprowadzenie

W klasyfikacji APA do 2013 r. obowiązywała klasyfikacja DSM-IV, w której zaburzenia pourazowe i związane z czynnikiem stresowym były określane terminem Zespołu Stresu Pourazowego (PTSD – *Post Traumatic Stress Disorder*). Terminologia PTSD związana jest ściśle z psychiatrią wojskową sił zbrojnych Stanów Zjednoczonych (USA). Z punktu widzenia historycznego pojęcie PTSD ma swój początek w czasie wojny wietnamskiej (1957–1975). W 1968 r., w najgorętszym okresie wojny, wprowadzono nazewnictwo „reakcje wojenne” do drugiej wersji DSM-II (1968 r.) i umieszczono je w kategorii „przemijających zaburzeń adaptacyjnych” [1]. Zainteresowanie lekarzy wojskowych, głównie psychiatrów i opinii społecznej, odległymi skutkami działań wojennych na żołnierzy powracających z Wietnamu zwiększyło się w latach 70. ubiegłego stulecia. Dla klinicystów stało się jasne, że u dużej liczby żołnierzy wracających z Wietnamu występują przewlekłe trudności z ponownym przystosowaniem się do życia społecznego. W tym okresie klinicyści i badacze rozpoczęli ustalanie kryteriów opisujących objawy psychopatologiczne, co w późniejszym czasie doprowadziło do zdefiniowania pojęcia *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD), po raz pierwszy włączonego do DSM-III [2], a następnie DSM-IV [3].

Z bardzo bogatego piśmiennictwa anglosaskiego wynika, że PTSD od wojny wietnamskiej aż po czasy współczesne jest jednym z najważniejszych problemów badawczych światowej psychiatrii wojskowej, a także cywilnej i wynika z zagrożeń tzw. terroryzmu globalnego. Obecnie ludność cywilna jest bardziej narażona na skutki działania ataków terrorystycznych niż siły zbrojne i jednostki paramilitarne i wobec nich bezbronna. Należy w tym miejscu zwrócić uwagę, że kryteria diagnostyczne PTSD wg klasyfikacji APA w DSM-IV stały się dominującymi i obowiązującymi. W publikacjach anglojęzycznych renomowanych czasopism o zasięgu światowym międzynarodowa klasyfikacja ICD-10 była traktowana, delikatnie rzecz ujmując, jako marginalna, niedoceniana i niezauważalna.

Jako psychiatra wojskowy uczestniczyłem w 1994 r. w Zjeździe Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, gdzie każdemu uczestnikowi wręczono egzemplarz klasyfikacji DSM-IV. Poprosiłem organizatorów o wypożyczenie międzynarodowej klasyfikacji ICD-10. Grzecznie i z przeprosinami mi odmówiono, gdyż nie dysponowano ani jednym podręcznikiem ICD-10.

W Polsce po raz pierwszy diagnoza PTSD stała się powszechnie rozpoznawalna w czasie trwania operacji militarnych polskich kontyngentów w Iraku. W tym czasie media publiczne, a zwłaszcza prasa, programy telewizyjne i radiowe w latach 2004–2005 alarmowały opinię publiczną o znacznej zachorowalności na PTSD u polskich żołnierzy misji pokojowej. Niektóre brzmiały bardzo groźnie i złowieszczo, stwierdzając, że prawie co trzeci żołnierz powracający do kraju ma objawy PTSD z jego skutkami zdrowotnymi, rodzinnymi i społecznymi. Badania naukowe oraz analizy dokumentacji medycznej żołnierzy odbywających służbę na misjach pokojowych w Iraku nie potwierdzały powszechnie rozpoznawanego PTSD jako niezgodnego z kryteriami diagnostycznymi zarówno klasyfikacji DSM-IV (amerykańskiej), jak i ICD-10 (międzynarodowej) [4,5].

Prawidłowo rozpoznane przypadki PTSD u polskich żołnierzy miały charakter incydentalny. Polscy psychiatry wojskowi – zarówno w okresie szkolenia przed-, jak i podyplomowego (w Wojskowej Akademii Medycznej) – byli objęci ogólnopolskim programem nauczania medycyny (w tym psychiatrii) opierającym się na klasyfikacji międzynarodowej ICD-10. W tej klasyfikacji „zaburzenia stresowe pourazowe” (odpowiednik PTSD) były i są nadal opisane lakonicznie i zajmują jedną stronę podręcznika. Dlatego brakiem doświadczenia oraz koniecznością diagnozowania zaburzeń psychicznych wg klasyfikacji DSM-IV należy tłumaczyć zamieszanie w ocenie rozpoznawania i epidemiologii zaburzeń psychicznych u żołnierzy misji pokojowych w Iraku. Trzeba zaznaczyć, że w armiach Organizacji Paktu Północnoatlantyckiego (NATO) obowiązuje amerykańska klasyfikacja DSM-IV. Przedstawione problemy dotyczące epidemiologii PTSD u żołnierzy misji pokojowych w Iraku nie występowały w czasie działań wojennych polskich kontyngentów w Afganistanie. Można to tłumaczyć wieloma czynnikami, a mianowicie: lepszym wyszkoleniem lekarzy psychiatrów, sanitariuszy i ratowników medycznych, dla których była to często kolejną misją poza granicami kraju, uczestnictwem w wojnie wyszkolonych i doświadczonych żołnierzy zawodowych oraz o wiele lepszym i sprawniejszym zabezpieczeniu logistycznym.

W Polsce po 1989 r. na skutek kryzysu ustrojowo-społeczno-ekonomicznego obserwowany jest gwałtowny wzrost zachorowalności na zaburzenia psychiczne związane ze stresem i pod postacią somatyczną (F.40-F.48 wg ICD-10) [6]. Problemy związane z PTSD były i są nadal tematem poruszonym nie tylko w publikacjach naukowych, lecz także

w mediach. Dotyczą one zwłaszcza zaburzeń psychicznych i psychosomatycznych wynikających z zespołu stresu zawodowego, w którym przeważają m.in. takie patologie społeczne jak mobbing, wypalenie zawodowe i pracoholizm [7]. Ponadto sytuacje kryzysowe w wypadku klęsk żywiołowych i katastrof (powodzie, pożary), wypadków komunikacyjnych, agresji i przemocy etc. powodują konieczność interwencji psychologicznej, a także leczenia specjalistycznego. Rozpoznanie PTSD są często diagnozowane u uczestników tych zdarzeń, jednak komisje orzecznicze ZUS oraz sądy pracy po konsultacjach specjalistycznych oraz biegłych w przeważającym odsetku weryfikują negatywnie postawioną diagnozę PTSD [7, 8].

Można zatem stwierdzić, że rozpoznanie PTSD jest nadal nadużywane i często nie spełnia kryteriów diagnostycznych w DSM-IV.

W 2013 r. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA) wydało nową klasyfikację DSM-5, która została przetłumaczona na język polski [9].

Autorzy niniejszej publikacji nie zauważyli ani w piśmiennictwie polskim, ani na zjazdach i konferencjach naukowych tej ostatniej zmiany kryteriów diagnostycznych PTSD. Fakt ten stał się inspiracją do opracowania i przedstawienia publikacji.

Cel pracy

Zasadniczym celem pracy jest przedstawienie i omówienie kryteriów diagnostycznych zaburzeń stresowych, pourazowych w DSM-5 oraz zwrócenie uwagi na dokonane zmiany w porównaniu z klasyfikacją DSM-IV. Publikacja jest adresowana szczególnie do środowiska lekarzy, psychiatrów i psychologów praktykujących w warunkach ambulatoryjnych (poradnia zdrowia psychicznego, poradnia psychologiczna).

KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE: ZABURZENIA STRESOWE POURAZOWE U DOROSŁYCH W DSM-5

Zaburzenia stresowe pourazowe DSM-5

A. Narażenie na śmierć lub groźbę śmierci, poważny uraz lub przemoc seksualna w jeden (lub większą liczbę) spośród wymienionych sposobów:

1. Bezpośrednie doświadczenie traumatycznego przeżycia (przeżyć).
2. Bycie naocznym świadkiem traumatycznych dla innych osób wydarzeń.

3. Uzyskanie informacji o tym, że członek bliskiej rodziny lub przyjaciel doświadczył traumatycznego przeżycia (przeżyć). W przypadku narażenia na śmierć lub wystąpienia groźby śmierci dotyczących członka rodziny lub przyjaciela wydarzenie (wydarzenia) to musi wynikać z aktu przemocy lub być przypadkowe.

4. Powtarzane lub bardzo duże narażenie na nieprzyjemne szczegóły danego wydarzenia (wydarzeń) traumatycznego (np. pierwsze osoby zbierające ludzkie szczątki; policjanci stale narażeni na obserwowanie krzywdzenia dzieci).

Uwaga: Kryterium A4 nie dotyczy narażenia za pośrednictwem mediów elektronicznych, telewizji ani obrazów, chyba że jest to narażenie związane z wykonywaną pracą.

B. Obecność jednego (lub większej liczby) spośród następujących natrętnych objawów, związanych z traumatycznym wydarzeniem (wydarzeniami), występujących po raz pierwszy po doświadczeniu traumatycznego przeżycia (przeżyć):

1. Nawracające i natrętne, dręczące wspomnienia traumatycznego i wydarzenia (wydarzeń).

Uwaga: U dzieci w wieku powyżej 6 lat powtarzające się zabawy mogą wskazać na temat lub aspekt traumatycznego doświadczenia (doświadczeń).

2. Nawracające, dręczące sny, których treść jest związana z traumatycznym wydarzeniem (wydarzeniami).

Uwaga: U dzieci mogą występować przerażające sny o treści trudnej do zidentyfikowania.

3. Reakcje dysocjacyjne (np. Flashback), które powodują, że dana osoba odczuwa lub zachowuje się, jakby ponownie doświadczała traumatycznego przeżycia (przeżyć). (Nasilenie opisanych reakcji przyjmuje formę kontinuum, z całkowitą utratą poczucia rzeczywistości jako skrajną postacią).

Uwaga: U dzieci może wystąpić ponowne odgrywanie urazu w formie zabawy.

4. Nasilone i przedłużające się cierpienie psychiczne występujące w przypadku narażenia na wewnętrzne lub zewnętrzne sygnały, symbolizujące lub przypominające pewne aspekty traumatycznego wydarzenia (wydarzeń).

5. Zaznaczona reakcja fizjologiczna występująca w odpowiedzi na wewnętrzne lub zewnętrzne sygnały, symbolizujące lub przypominające pewne aspekty traumatycznego wydarzenia (wydarzeń).

C. Utrwalone unikanie bodźców związanych z traumą, niewystępujące przed traumatycznym wydarzeniem (wydarzeniami), zdefiniowane jako jedno lub oba z poniższych:

1. Unikanie lub próby unikania dręczących wspomnień, myśli lub uczuć dotyczących traumatycznego wydarzenia (wydarzeń) lub blisko z nim związanych.
2. Unikanie lub próby unikania czynników (ludzi, miejsc, rozmów, czynności, przedmiotów, sytuacji, które przywołują dręczące wspomnienia, myśli lub uczucia dotyczące traumatycznego wydarzenia (wydarzeń).

D. Niekorzystne zmiany w zakresie zdolności poznawczych i w nastroju, związane z traumatycznym wydarzeniem (wydarzeniami), doświadczane po raz pierwszy lub nasilające się po nim, zdefiniowane jako jedno (lub większa liczba) spośród poniższych:

1. Trudności w zapamiętaniu ważnych aspektów traumatycznego wydarzenia (wydarzeń) (zwykle z powodu amnezji dysocjacyjnej, a nie innego czynnika, takiego jak uraz głowy, alkohol lub leki).
2. Uporczywe i nadmierne negatywne przekonania lub oczekiwania dotyczące samego siebie, innych osób lub świata (np. „Jestem złą osobą”, „Nikomiu nie można ufać”, „Świat jest bardzo niebezpieczny”, „Mój cały układ nerwowy został trwale zniszczony”).
3. Utrwalone, zniekształcone postrzeganie przyczyn i skutków traumatycznego wydarzenia (wydarzeń), prowadzące daną osobę do obwiniania samego siebie lub innych osób.
4. Utrwalone stany negatywnych emocji (np. lęku, przerażenia, złości, winy lub wstydu).
5. Znacząco zmniejszone zainteresowanie lub chęć udziału w ważnych czynnościach.
6. Poczucie bycia odseparowanym od innych osób, oziębienia z nimi stosunków.
7. Uporczywe trudności w wyrażaniu pozytywnych uczuć (np. niezdolność do wyrażania radości, zadowolenia lub miłości).

E. Wyraźne zmiany w zakresie pobudliwości związane z traumatycznym wydarzeniem (wydarzeniami), doświadczane po raz pierwszy lub nasilające się po nim, zdefiniowane jako dwa (lub większa liczba) spośród poniższych:

1. Drażliwość i wybuchy gniewu (bez bycia prowokowanym), zwykle wyrażane jako agresja słowna lub agresywne zachowania w stosunku do innych osób lub przedmiotów.

2. Nieprzemyślane lub autodestruktywne zachowania.
3. Nadmierna czujność.
4. Wzmoczona reakcja na zaskoczenie.
5. Problemy z koncentracją.
6. Problemy ze snem (np. trudności w zaśnięciu lub w utrzymaniu snu albo sen niedający odpoczynku).

F. Czas trwania zakłócenia (Kryteriów B, C, D i E) wynosi więcej niż miesiąc.

G. Zakłócenie spowoduje znaczące klinicznie cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania w sferze społecznej, zawodowej i innych ważnych obszarach.

H. Zakłócenie nie jest wywołane fizjologicznym działaniem substancji (np. nadużyciem leków, alkoholu) ani innym stanem ogólnomedycznym.

Należy określić, czy:

Z objawami dysocjacyjnymi: Spełnione zostały kryteria rozpoznania dla Zaburzenia stresowego pourazowego, a dodatkowo, w odpowiedzi na czynnik stresogeny, występują utrzymujące się lub nawracające objawy:

1. **Depersonalizacja:** Przewlekłe lub nawracające wrażenie bycia oddzielnym od samego siebie, dające się porównać z poczuciem bycia zewnętrznym obserwatorem swoich własnych procesów myślowych lub swojego ciała (np. poczucie bycia w swoim własnym śnie, poczucie nierealności samego siebie lub swojego ciała lub poczucie czasu płynącego powoli).
2. **Derealizacja:** Przewlekłe lub nawracające poczucie nierealności otoczenia (np. świat dookoła jest postrzegany jako nierealny, podobny do snu, odległy, zniekształcony).

Uwaga: W celu odnotowania tej postaci zaburzenia objawy dysocjacyjne nie mogą być wywołane fizjologicznym działaniem substancji (np. blackout, zachowanie pod wpływem alkoholu) ani innym stanem ogólnomedycznym (np. złożone częściowe napady padaczkowe). Należy określić, czy:

Z opóźnionym początkiem: Kryteria diagnostyczne nie są spełnione w okresie co najmniej 6 miesięcy od traumatycznego wydarzenia (choć początek choroby i niektóre objawy mogą wystąpić natychmiast).

KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE: ZABURZENIA STRESOWE POURAZOWE U DZIECI W WIEKU 6 LAT I MŁODSZYCH

A. *Narażenie na śmierć lub groźbę śmierci, poważny uraz lub przemoc seksualna u dzieci w wieku 6 lat lub młodszych w jeden (lub większą liczbę) spośród wymienionych sposobów:*

1. *Bezpośrednie doświadczenie traumatycznego przeżycia (przeżyć).*
2. *Bycie naocznym świadkiem traumatycznych dla innych osób, szczególnie opiekunów, wydarzeń.*

Uwaga: *Bycie świadkiem nie dotyczy narażenia za pośrednictwem mediów elektronicznych, telewizji ani obrazów.*

3. *Uzyskanie informacji o tym, że rodzic lub opiekun doświadczył traumatycznego przeżycia (przeżyć).*

B. *Obecność jednego (lub większej liczby) spośród następujących natrętnych objawów związanych z traumatycznym wydarzeniem (wydarzeniami), występujących po raz pierwszy po doświadczeniu traumatycznego przeżycia (przeżyć):*

1. *Nawracające i natrętne, dręczące wspomnienia traumatycznego wydarzenia (wydarzeń).*

Uwaga: *Nawracające i natrętne wspomnienia mogą nie mieć dręczącego charakteru i mogą być wyrażone poprzez ich odgrywanie w formie zabawy.*

2. *Nawracające, dręczące sny, których treść jest związana z traumatycznym wydarzeniem (wydarzeniami).*

Uwaga: *Ustalenie związku między przerażającą treścią snu a traumatycznym przeżyciem może nie być możliwe.*

3. *Reakcje dysocjacyjne (np. flashback), które powodują, że dziecko odczuwa lub zachowuje się, jakby ponownie doświadczało traumatycznego przeżycia (przeżyć). (Nasilenie opisanych reakcji przyjmuje formę kontinuum, z całkowitą utratą poczucia rzeczywistości jako skrajną postacią). Może wystąpić ponowne odgrywanie urazu w formie zabawy.*

4. *Nasilone i przedłużające się cierpienie psychiczne występujące w przypadku narażenia na wewnętrzne lub zewnętrzne sygnały symbolizujące lub przypominające pewne aspekty traumatycznego wydarzenia (wydarzeń).*

5. *Zaznaczona reakcja fizjologiczna występująca w odpowiedzi na wewnętrzne lub zewnętrzne sygnały symbolizujące lub przypominające pewne aspekty traumatycznego wydarzenia (wydarzeń).*

C. Jeden (lub kilka) spośród wymienionych objawów, reprezentujących albo utrwalone unikanie bodźców związanych z traumą, albo niekorzystne zmiany w zakresie zdolności poznawczych i w nastroju niewystępujące przed traumatycznym wydarzeniem (wydarzeniami).

Przewlekłe unikanie bodźca:

1. Unikanie lub próby unikania czynności, miejsc lub obiektów dotyczących traumatycznego wydarzenia (wydarzeń) lub blisko z nim związanych.
2. Unikanie lub próby unikania ludzi, rozmów lub sytuacji kontaktu, które przywołują dręczące wspomnienia, myśli lub uczucia dotyczące traumatycznego wydarzenia (wydarzeń).

Niekorzystne zmiany w zakresie zdolności poznawczych

3. Znacznie częstsze występowanie negatywnych emocji (np. lęku, winy, smutku, wstydu, zagubienia).
4. Znacząco zmniejszone zainteresowanie lub chęć udziału w ważnych czynnościach, w tym w zabawie.
5. Wycofanie społeczne.
6. Przewlekłe ograniczenie zdolności wyrażania pozytywnych uczuć.

D. Zmiany w zakresie pobudliwości związane z traumatycznym wydarzeniem (wydarzeniami), doświadczane po raz pierwszy lub nasilające się po nim, zdefiniowane jako dwa (lub większa liczba) spośród poniższych:

1. Drażliwość i wybuchy gniewu (bez bycia prowokowanym), zwykle wyrażane jako agresja słowna lub agresywne zachowania w stosunku do innych osób lub przedmiotów (w tym napady wściekłości).
2. Nadmierna czujność.
3. Wzmoczona reakcja na zaskoczenie.
4. Problemy z koncentracją.
5. Problemy ze snem (np. trudności w zaśnięciu lub w utrzymaniu snu albo sen niedający odpoczynku).

E. Czas trwania zakłócenia wynosi więcej niż miesiąc.

F. Zakłócenie powoduje znaczące klinicznie cierpienie lub Upośledzenie w relacjach z rodzicami, rodzeństwem, rówieśnikami oraz innymi opiekunami lub problemy z zachowaniem w szkole.

G. Zakłócenie nie jest wywołane fizjologicznym działaniem substancji (np. nadużyciem leków, alkoholu) ani innym stanem ogólnomedycznym.

Należy określić, czy:

Z objawami dysocjacyjnymi: Spełnione zostały kryteria rozpoznania dla Zaburzenia stresowego pourazowego, a dodatkowo w odpowiedzi na czynnik stre-sogenny występują utrzymujące się lub nawracające objawy:

1. **Depersonalizacja:** Przewlekłe lub nawracające wrażenie bycia oddzielnym od samego siebie, dające się porównać z poczuciem bycia zewnętrznym obser-watorem swoich własnych procesów myślowych lub swojego ciała (np. poczu-cia bycia w swoim własnym śnie, poczucie nierealności samego siebie lub swo-jego ciała lub poczucie czasu płynącego powoli).

2. **Derealizacja:** Przewlekłe lub nawracające poczucie nierealności otoczenia (np. świat dookoła jest postrzegany jako nierealny, podobny do snu, odległy, zniekształcony).

Uwaga: W celu odnotowania tej postaci zaburzenia objawy dysocjacyjne nie mogą być wywołane fizjologicznym działaniem substancji (np. blackout, za-chowanie pod wpływem alkoholu) ani innym stanem ogólnomedycznym (np. złożone częściowe napady padaczkowe).

Należy określić czy:

Z opóźnionym początkiem: Kryteria diagnostyczne nie są spełnione w okresie co najmniej 6 miesięcy od traumatycznego wydarzenia (choć początek choroby i niektóre objawy mogą wystąpić natychmiast).

Wnioski

W części podręcznika „Kryteria diagnostyczne z DSM-5 zamieszczono dwa rozdziały pt.: „Posługiwanie się podręcznikiem” i „Ostrzeżenia doty-czące posługiwania się DSM-5 na potrzeby sądownictwa”.

W Przedmowie pierwszego rozdziału stwierdza się, że „Głównym celem DSM-5 jest zapewnienie przeszkolonym lekarzom wsparcia w rozpo-znawaniu zaburzeń psychicznych. Proces ten stanowi element anamnezy, której powstanie prowadzi do stworzenia świadomego planu leczenia pacjenta. Objawy opisane w odpowiednich zestawach kryteriów diagno-stycznych nie stanowią pełnej definicji poszczególnych zaburzeń. Obej-mują one procesy poznawcze, emocjonalne, behawioralne i fizjologiczne, których złożoność jest zbyt duża, by mogła zostać opisana w krótkich podsumowaniach. Ich zadaniem jest raczej przedstawienie charaktery-stycznych zespołów objawów przedmiotowych i podmiotowych, które

wskazują na zasadnicze zaburzenie, z jego swoistym wymiarem rozwojowym, biologicznymi i środowiskowymi czynnikami ryzyka, zależnościami neuropsychologicznymi i fizjologicznymi oraz typowym przebiegiem klinicznym”.

Z przedstawionych strategicznych założeń nowej klasyfikacji APA w DSM-5 wynika, że jego autorzy dążą do holistycznego ujęcia przejawów i uwarunkowań tzw. PTSD, który w obecnej klasyfikacji APA został określony jako „Zaburzenia stresowe pourazowe”. Będzie o tym mowa w dalszej części niniejszej publikacji. Omawiany obecnie Rozdział I zawiera liczne podrozdziały, z którymi winien się zapoznać każdy diagnosta przed zastosowaniem wymienionych kryteriów. Przedstawiają one następujące problemy: „Podejście do oceny przypadku klinicznego”, „Definicja zaburzenia psychicznego”, „Kryterium istotności klinicznej”, „Elementy diagnozy”, „Plany na przyszłość. Narzędzia i oceny monitorowania”.

Ograniczone ramy publikacji nie pozwalają na ich prezentację. Pragniemy jednak zwrócić uwagę na przyjętą przez autorów DSM-5 definicję zaburzenia psychicznego, gdyż obrazuje ona aspekt wieloczynnikowości. Brzmi ona następująco: „Zaburzenie psychiczne jest zespołem objawów, który charakteryzuje się znaczącym klinicznie zniekształceniem w obrębie postrzegania, regulacji emocji lub obecnością zachowań, które odzwierciedlają psychologiczną, biologiczną albo rozwojową dysfunkcję, leżącą u podstaw psychicznego funkcjonowania. Zaburzenia psychiczne są zwykle związane ze znacznym cierpieniem lub niepełnosprawnością w sferach społecznych, zdrowotnych bądź innych, równie ważnych. Zaburzenie psychiczne nie jest oczekiwaną lub akceptowaną kulturowo odpowiedzią na czynnik stresowy czy stratę, taką jak choćby śmierć bliskiej osoby. Zachowania nieakceptowane społecznie (przykładowo związane z polityką, religią czy seksualnością) i konflikty, które rodzą się między osobą a społeczeństwem, nie są zaburzeniami psychicznymi, chyba że wynikają z dysfunkcji danej osoby, jak to zostało przedstawione powyżej”.

Przedstawiona przez autorów DSM-5 definicja różni się naszym zdaniem od ogólnie przyjętych w naszym kręgu kulturowym. Zwłaszcza ostatnie zdanie pojęcia zaburzenia psychicznego w DSM-5 budzi wiele wątpliwości i jest niejasne. Z naszych doświadczeń psychiatrycznych wynika, że osoby bez tzw. „dysfunkcji psychicznych” pod wpływem przewlekłego stresu, np. zawodowego (mobbing), reagują zaburzeniami psychicznymi. Być może nasza znajomość DSM-5 jest niepełna i niekompletna,

gdyż nie dysponowaliśmy oryginalną monografią DSM-5. Przedstawione w naszej publikacji kryteria diagnostyczne w DSM-5 generalnie zawierają osiowe objawy opisane w poprzedniej klasyfikacji DSM-IV. Przede wszystkim wiążą się one z ekspozycją na zdarzenie lub sytuację stresującą (o różnym czasie trwania) szczególnie przerażającą lub katastroficzną, która wywołałaby przerażające przeżycie u prawie każdego człowieka. Musi być to zatem zdarzenie będące poważnym zagrożeniem życia, naturalne lub spowodowane przez człowieka albo przypadkowe.

W nowej klasyfikacji (DSM-5) spotykamy natomiast tzw. „uszczegółowienia” dotyczące przebiegu, ciężkości lub cech opisowych. W kryteriach diagnostycznych występują one pod postacią zaleceń, jak np.: „uwaga”, „należy określić, czy...”. Przykładowo: w kryterium A4 zaburzeń stresowych pourazowych u osób dorosłych zamieszczono „Uwagę” wskazującą, że „nie dotyczy narażenia za pośrednictwem mediów elektronicznych, telewizji ani obrazów, chyba że jest to narażenie związane z wykonywaną pracą”.

Naszym zdaniem owe uszczegółowienia niewątpliwie zbogacają psychopatologię „zaburzeń stresowych pourazowych”. Jednak z niektórymi zaleceniami w DSM-5 nie możemy się zgodzić. Dotyczy to zwłaszcza „Uwagi” zamieszczonej w diagnostyce dzieci w wieku 6 lat i młodszych, gdzie w kryterium A określającym objawy traumatycznego wydarzenia po punkcie 2 stwierdza się: „Bycie świadkiem nie dotyczy narażenia za pośrednictwem mediów elektronicznych, telewizji ani obrazów”. Jest to dla nas zaskakujące i niezrozumiałe, zwłaszcza w aspekcie tzw. „rozwoju społecznego i emocjonalnego dziecka” od urodzenia aż do 14. roku życia. Również praktyczne doświadczenia jednego z nas (Wojciecha Gruszczyńskiego) jako dziadka dwóch wnuczek w wieku 3 i 5 lat wskazują, że obrazy medialne przekazywane np. w bajkach są przez nie traktowane bardzo realistycznie, przeżywane na sposób zaburzeń stresowych pourazowych. Nasze dylematy i wątpliwości przedyskutowaliśmy z psychiatrami i psychologami dziecięcymi, którzy wyrazili podobne stanowisko. Bardziej zrozumiała i akceptowalna jest wspomniana „Uwaga” dotycząca osób dorosłych oraz osób dorastających i dzieci powyżej 6. roku życia. Brzmi ona: „Kryterium A-4 nie dotyczy narażenia za pośrednictwem mediów elektronicznych, telewizji ani obrazów, chyba że jest to narażenie związane z wykonywaną pracą”. Nie w pełni przekonuje nas drugi człon tego zdania, a mianowicie związane z wykonywanym zawodem. Naszym zdaniem oso-

by wykonujące zawód z narażeniem na ekstremalne stresory (np. medycy sądowi, strażacy, policjanci, żołnierze itp.) prezentują inną odporność psychiczną. Być może autorom DSM-5 chodzi o tzw. odżywianie stresu, ale wydaje się, że patomechanizm i obraz psychopatologiczny jest w tym wypadku odmienny niż w „klasycznych” zaburzeniach stresowych pourazowych. Czytając i analizując omawiane kryteria nie znaleźliśmy wyjaśnienia tego zagadnienia, być może zostało ono uwzględnione w oryginalnej wersji DSM-5. W piśmiennictwie anglosaskim przed wprowadzeniem DSM-5, a także w poprzedniej klasyfikacji DSM-IV funkcjonowało pojęcie złożonego Zespołu Stresu Pourazowego „Complex PTSD” lub DESONS [10]. Odpowiednikiem wymienionego rozpoznania jest ICD-10 [11]: „Trwała zmiana osobowości po katastrofach po przeżyciu sytuacji ekstremalnej”. Biorąc pod uwagę przedstawione powyżej rozważania, mamy świadomość, że pozostałe informacje i wyjaśnienia należy przestudiować w wydanym w 2013 r. oryginale DSM-5. Takie postępowanie zalecają również autorzy tłumaczenia podręcznika DSM-5. Zachęcamy również Czytelników, zwłaszcza psychiatrów i psychologów, do takiego postępowania z jednego praktycznego powodu: chodzi o publikowanie prac w renomowanych anglojęzycznych czasopiśmie naukowych. We wszystkich obowiązuje klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5. Tak samo muszą być przygotowane wystąpienia na światowych kongresach, w przeciwnym razie są one dyskwalifikowane i nie przyjmuje się ich do druku. Naszym zdaniem współistnienie we współczesnej nauce i praktyce dwóch klasyfikacji – amerykańskiej (DSM) i międzynarodowej (ICD) – jest dla nas stanem swoistej „schizofrenii”. Należy również zaznaczyć, że obu tym klasyfikacjom (ICD i DSM) patronuje i koordynuje ta sama Światowa Organizacja Zdrowia, a jako konsultanci lub autorzy obu klasyfikacji figurują wybitni psychiatrzy i eksperci. Jak wspomniano, nawet w instytucjach i organizacjach o zasięgu międzynarodowym (np. NATO), które w swej działalności muszą brać pod uwagę zaburzenia psychiczne, obowiązuje klasyfikacja amerykańska (DSM), a nie międzynarodowa (ICD). Reasumując, uważamy, że Klasyfikacja DSM-5 Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, obowiązująca od 2013 r., stanowi obecnie podstawę prawidłowego diagnozowania zaburzeń stresowych pourazowych, gdyż Międzynarodowa Klasyfikacja ICD-10 jest przestarzała i mało przydatna w działalności naukowej i praktycznej. Ten cel przyświecał nam w przygotowaniu niniejszej publikacji.

Piśmiennictwo

1. Diagnostic and Statistical.(1968) . Manual of Mental Disorders. Znded. DSM- II American Psychiatric Association. Washington D.C
2. Diagnostic and Statistical. (1968). Manual of Mental Disorders 3 rd.ed. (1980) American Psychiatric Association. Washington D.C
3. Diagnostic and Statistical. (1994). Manual of Mental Disorders. Fourth Edition(DSM-IV) American Psychiatric Association. Washington D.C
4. Gruszczyński W. Problemy psychiatryczno - psychologiczne żołnierzy polskiego kontyngentu w misji pokojowej w Iraku. Lęk i Depresja 2006; 11(3):186.
5. Gruszczyński W. Rozpoznanie reakcji na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne u żołnierzy w czasie wojny i pokoju. Lek Wojsk 2007; 83(2): 35.
6. Gruszczyński W. Stres- rosnący problem społeczny XXI wieku. Prewencja i Rehabilitacja ZUS. 2012; 4(3): 1-4.
7. Gruszczyński W. Trauma , a zespół stresu pourazowego W; Joško-Ochojska J. /red./ Medyczne i społeczne aspekty traumy. Śląski Uniwersytet Medyczny. Katowice, 2016, 148-170.
8. Zyss T. Orzecznictwo rentowe ze szczególnym uwzględnieniem psychiatrii. Wyd. Medyczne. Kraków, 2009, 149-151.
9. Gałęcki P, Świecicki Ł. Kryteria Diagnostyczne z DSM-5. Desk Referecje. Edra. Urban&Partner, Wrocław, 2015.
10. Luxemburg T, Spinazzolda J. von der Kolk. Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DENOS). Part one : Assessment Dissections in Psychiatry 2001; 21: 373-392.
11. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10 Uniwersyteckie Wyd. „Vesalius” Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków, Warszawa, 1997.

Adres do kontaktu

prof. dr hab. n. med. Wojciech Gruszczyński :

wojciechgruszczyński@poczta.onet.pl

Instytut Psychologii Stosowanej

ul. gen Michała Tokarzewskiego 2

91 - 842, Łódź

tel. 42 66-46-68

CC-BY-SA 3.0 PL