

Άρθρο σύνταξης Editorial

Από το DSM-I στο DSM-5

Ψυχιατρική 2015, 26:13–16

Η 5η έκδοση του διαγνωστικού συστήματος DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, που κυκλοφόρησε τον Μάιο του 2013, φιλοδοξεί να αποτελέσει τομή στην ιστορία της ταξινόμησης των ψυχιατρικών διαταραχών.¹ Η πρώτη έκδοση του εγχειριδίου (DSM-I) έγινε το 1952 από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία ως μια προσπάθεια υιοθέτησης μιας κοινής γλώσσας μεταξύ των κλινικών. Τόσο το DSM-I όσο και η αναθεώρησή του, το DSM-II (1968), αναγνώριζαν μόνο τρεις ευρείες κατηγορίες ψυχικών διαταραχών, τις ψυχώσεις, τις νευρώσεις και τις χαρακτηρισολογικές διαταραχές. Η ορολογία και οι περιγραφές των διαταραχών σε αυτές τις εκδόσεις αντανακλούσαν σε μεγάλο βαθμό την ψυχαναλυτική προσέγγιση της ψυχοπαθολογίας, και η ταυτοποίηση των διαταραχών στηριζόταν περισσότερο στη γενική συναίεση των ειδικών παρά σε ερευνητικά δεδομένα. Το DSM-III (1980) επέφερε τις σημαντικότερες αλλαγές στην ψυχιατρική ταξινόμηση μέχρι σήμερα.² Όρισε ειδικά περιγραφικά κριτήρια για τη διάγνωση των ψυχικών διαταραχών απαλείφοντας κάθε αναφορά σε συγκεκριμένες θεωρίες ως προς την αιτιολογία τους, στηρίχθηκε σε μεγάλο βαθμό σε δεδομένα κλινικών και επιδημιολογικών μελετών για τον προσδιορισμό των διαταραχών, και εισήγαγε την πολυαξονική διάγνωση (εκτός από τις κλινικές-διαγνωστικές κατηγορίες επιπλέον παράλληλοι άξονες για την προσωπικότητα και τη νοημοσύνη, τις σωματικές νόσους, τις ψυχοκοινωνικές αντιξοότητες και τη γενική λειτουργικότητα). Τα γνωρίσματα αυτά της ψυχιατρικής ταξινόμησης διατηρήθηκαν και στην επόμενη έκδοση του εγχειριδίου, DSM-IV (1994).³ Η γενική προσέγγιση του DSM-III για την ταξινόμηση – με αυστηρά περιγραφικά διαγνωστικά κριτήρια, αθροιστική ως προς την αιτιολογία και βασισμένη σε εμπειρικά δεδομένα – διατηρήθηκε στο DSM-5, ενώ παράλληλα επιχειρούνται ορισμένες σημαντικές αλλαγές τόσο στη μεθοδολογία της ταξινόμησης όσο και σε διαγνωστικές κατηγορίες και κριτήρια.

Η στροφή από την κατηγορική προσέγγιση της ψυχοπαθολογίας (διάγνωση με βάση κριτήρια που πληρούνται ή όχι) στη διαστασιακή προσέγγιση (προσδιορισμός των διαταραχών μέσω ψυχοπαθολογικών διαστάσεων διαβαθμισμένης βαρύτητας ή έντασης) υπήρξε κεντρική επιδίωξη στη διαμόρφωση του DSM-5, η οποία ωστόσο περιορίστηκε στην εισαγωγή ορισμένων μόνο «διαστασιακών» στοιχείων στην παρούσα έκδοση.⁴ Συγκεκριμένα, ενώ διατηρούνται τα κατηγορικά διαγνωστικά κριτήρια, εισάγονται εξειδικευτές της διάγνωσης βάσει της βαρύτητας της διαταραχής ή άλλων κλινικών χαρακτηριστικών της, και δυνατότητα διαβαθμισμένης αποτίμησης συμπτωμάτων. Ορισμένες διαταραχές ομαδοποιούνται σε ευρύτερες κατηγορίες που καλούνται «φάσματα», π.χ. «φάσμα σχιζοφρένειας», αλλά μόνο στην περίπτωση του αυτισμού διαφορετικές διαγνωστικές κατηγορίες του DSM-IV συνενώνονται σε ένα ψυχοπαθολογικό συνεχές, εν προκειμένω τη διαταραχή αυτιστικού φάσματος. Επίσης ένα πολυδιαστασιακό μοντέλο περιγραφής των διαταραχών προσωπικότητας προτείνεται ως εναλλακτικό, αλλά επισήμως υιοθετούνται οι κατηγορίες και τα κριτήρια του DSM-IV για τις εν λόγω διαταραχές.

Στο DSM-5 καταργείται το πολυαξονικό σύστημα διάγνωσης, παρόλο που δεν αμφισβητείται η κλινική σημασία που είχαν οι άξονες των προηγούμενων εκδόσεων, δηλαδή η βιο-ψυχο-κοινωνική προσέγγιση της εκτίμησης και αντιμετώπισης των ασθενών. Επειδή η πολυαξονική διάγνωση δεν έτυχε ευρείας εφαρμογής στην καθημερινή πρακτική, το νέο σύστημα συνδυάζει τη διάγνωση κάθε ψυχικής διαταραχής (συμπεριλαμβανομένων των διαταραχών προσωπικότητας) και κάθε σωματικής νόσου σε έναν μόνο άξονα. Παράλληλα το DSM-5 περιλαμβάνει, αν και προαιρετικά, την ταυτοποίηση συγκεκριμένων αντίξων ψυχοκοινωνικών παραγόντων και την αποτίμηση της γενικής λειτουργικότητας μέσω της αυτοσυμπληρούμενης κλίμακας WHODAS 2.0.⁵ Συμπληρωματικά προς τη διάγνωση προτείνεται η χρήση συγκεκριμένων κλινικών εργαλείων για την ανίχνευση και την αποτίμηση μη-ειδικών συμπτωμάτων που «διατρέχουν» το σύνολο των ψυχικών διαταραχών (cross-cutting symptoms) (όπως κατάθλιψη, θυμός, μανία, άγχος κ.ά.),⁶ καθώς και ορισμένων ειδικών κλιμάκων για την εκτίμηση της βαρύτητας συμπτωμάτων συγκεκριμένων διαταραχών (π.χ. διαστάσεων της ψυχωτικής συμπτωματολογίας). Ένα κλινικά χρήσιμο εργαλείο, ιδίως σε διαπολιτισμικά πλαίσια άσκησης της κλινικής πράξης, αποτελεί επίσης η ειδική ημι-δομημένη συνέντευξη για την εκτίμηση πολιτισμικών παραγόντων με σημαντική επίδραση στη στάση του ασθενούς σχετικά με την αναγνώριση και την αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής (Cultural Formulation Interview).⁷

Ο αριθμός των διαγνώσεων που περιγράφονται στο DSM-5, είναι κατά πολύ μεγαλύτερος από αυτόν του DSM-IV (541 έναντι 383). Η αύξηση προκύπτει σε μεγάλο βαθμό από διαχωρισμούς και εξειδικεύσεις προϋπαρχόντων διαταραχών, εισάγεται όμως κι ένας

σημαντικός αριθμός νέων διαταραχών, όπως η διαταραχή απορρύθμισης της διάθεσης με ευερεθιστότητα, η προεμμηνορροιακή δυσφορική διαταραχή, η διαταραχή κρίσεων υπερφαγίας, η διαταραχή παρασυσώρευσης κ.ά. Σημαντικές μεταβολές από το DSM-IV γίνονται και στα διαγνωστικά κριτήρια και τους υποτύπους ορισμένων διαταραχών.⁸ Για παράδειγμα, στη σχιζοφρένεια καταργείται η ιδιαίτερη διαγνωστική βαρύτητα των αλλόκοτων παραληρητικών ιδεών και των ακουστικών ψευδαισθήσεων (πρώτης τάξεως συμπτώματα κατά Schneider). Επιπλέον, καταργούνται οι κλινικοί υπότυποι, λόγω περιορισμένης εγκυρότητας, αξιοπιστίας και σταθερότητάς τους στον χρόνο, και αντ' αυτών συστήνεται η εκτίμηση της ετερογένειας και της βαρύτητας της διαταραχής μέσω διαστάσεων της συμπτωματολογίας της (θετικής, αρνητικής, αποδιοργανωτικής, ψυχοκινητικής, συναισθηματικής, νοητικής). Η κατατομία περιγράφεται πλέον ως ξεχωριστό κλινικό σύνδρομο και μπορεί να αποτελεί εξειδικευτή της διάγνωσης στις ψυχωτικές, διπολικές και καταθλιπτικές διαταραχές. Ορισμένες από τις νέες διαταραχές που συζητήθηκαν, προτείνονται για περαιτέρω διερεύνηση. Η πιο σημαντική αλλά και πλέον αμφιλεγόμενη από αυτές είναι το «σύνδρομο εξασθενημένης ψύχωσης» (Attenuated Psychosis Syndrome), το οποίο περιγράφει μια κατάσταση που θεωρείται πρόδρομη της ψύχωσης, αν και πολλά από τα άτομα που την παρουσιάζουν δεν θα εμφανίσουν τελικά ψυχωσικού τύπου διαταραχή.⁹ Προτείνονται επίσης ως πιθανά ξεχωριστά σύνδρομα προς περαιτέρω μελέτη η αυτοκτονική συμπεριφορά και οι μη-αυτοκτονικοί αυτοτραυματισμοί, επειδή οι συμπεριφορές αυτές πιθανώς συνδέονται με ειδικούς ψυχολογικούς και βιολογικούς παράγοντες ανεξάρτητα από άλλες συνυπάρχουσες ψυχικές διαταραχές. Άλλες προτεινόμενες καταστάσεις (σύνδρομα) για περαιτέρω μελέτη είναι οι παρακάτω: καταθλιπτικά επεισόδια με σύντομη διάρκειας υπομανία, επιμένουσα σύνθετη διαταραχή πένθους, διαταραχή χρήσης καφεΐνης, διαταραχή παιχνιδιών μέσω internet, νευροσυμπεριφορική διαταραχή σχετιζόμενη με προγεννητική έκθεση σε οιοπνευματώδη.

Οι αντιπαραθέσεις που συνόδευσαν την ανάπτυξη και την κυκλοφορία του DSM-5 ανέδειξαν σημαντικά ζητήματα, όχι μόνο για τη συγκεκριμένη έκδοση αλλά γενικότερα για τα διαγνωστικά συστήματα και την επιστημονική τεκμηρίωση της ψυχιατρικής διάγνωσης. Ο κίνδυνος για διαγνωστικό υπερπληθωισμό μέσω της «ιατρικοποίησης» της ψυχοπαθολογίας, η υπολειπόμενη ακόμα σε τεκμηρίωση εγκυρότητα της ψυχιατρικής διάγνωσης, η «φαινομενολογική πτωχία» που επέρχεται από την αποκλειστική χρήση του DSM κατά την κλινική πράξη και την εκπαίδευση των νέων ψυχιάτρων, είναι θέματα ανοιχτά για συζήτηση και κρίσιμα για το μέλλον της Ψυχιατρικής.¹⁰ Από την άλλη πλευρά, οι επαναστατικές αλλαγές που εξαγγέλθηκαν –αλλά δεν ήταν δυνατό να πραγματοποιηθούν στη βάση των σημερινών δεδομένων–, όπως η ενσωμάτωση νευρο-επιστημονικών ευρημάτων στο διαγνωστικό σύστημα και η διαστασιακή και φασματική προσέγγιση της ψυχοπαθολογίας, στοχεύουν επίσης στην ενίσχυση της επιστημονικής τεκμηρίωσης της ψυχιατρικής διάγνωσης.¹¹ Ίσως το πιο ενδιαφέρον και προχωρημένο στοιχείο του νέου διαγνωστικού συστήματος είναι ότι συνδέεται με την προοπτική ταχύτερων και συνεχιζόμενων αναθεωρήσεων (σε DSM-5.1, -5.2 κ.ο.κ). Η σύγχρονη Ψυχιατρική πρέπει να βρει τον συντομότερο δρόμο προς την κατεύθυνση που συνδυάζει την πιο έγκυρη και αξιόπιστη διάγνωση με την εξατομικευμένη φροντίδα για τους πάσχοντες.

Βασίλης Κονταξάκης

Καθηγητής Κλινικής & Κοινωνικής Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών

Γιώργος Κωνσταντακόπουλος

Επιστημονικός Συνεργάτης, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,

Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Section of Cognitive Neuropsychiatry, Department of Psychosis Studies,

Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, UK

Βιβλιογραφία

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. American Psychiatric Publishing, Washington, DC, 2013
2. Decker H. *The Making of the DSM-III: A Diagnostic Manual's Conquest of American Psychiatry*. Oxford University Press, New York, 2013
3. Blashfield RK, Keeley JW, Flanagan EH, Miles SR. The cycle of classification: DSM-I through DSM-5. *Ann Rev Clin Psychology* 2014, 10:25–51
4. Narrow W, Kuhl E. Dimensional approaches to psychiatric diagnosis in DSM-5. *J Mental Health Policy* 2011, 14:197–200
5. Konecky B, Meyer EC, Marx BP, Kinbrel NA, Morrisette SB. Using the WHODAS 2.0 to assess functional disability associated with DSM-5 mental disorders. *Am J Psychiatry* 2014, 171:818–820
6. Clarke DE, Kuhl EA. DSM-5 cross-cutting symptom measures: a step towards the future of psychiatric care? *World Psychiatry* 2014, 13:314–316
7. Alarcon RD. Cultural inroads in DSM-5. *World Psychiatry* 2014, 13:310–313
8. Regier DA, Kuhl EA, Kupfer DJ. The DSM-5: classification and criteria changes. *World Psychiatry* 2014, 12:92–98
9. Kontaxakis V, Havaki-Kontaxaki B, Kollias K, Ferentinos P, Papadimitriou G. "Attenuated psychosis syndrome" or "subthreshold prodromal state"? *Psychiatry Investigation* 2013, 10:203–204
10. Karavatos Th. The reception of DSM-5: "The problem with DSM-5 is the DSM not the 5". *Synopsis* 2014, 10:4–7 (in Greek)
11. Adam D. Research suggests that mental illnesses lie along a spectrum - but the field's latest diagnostic manual still splits them apart. *Nature* 2013, 496:416–418