

Dwubiegunowe zaburzenia nastroju i zaburzenia depresyjne w klasyfikacji DSM-5

Bipolar and related disorders and depressive disorders in DSM-5

Dorota Łojko, Aleksandra Suwałańska, Janusz Rybakowski

Klinika Psychiatrii Dorosłych UM w Poznaniu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Rybakowski

Summary

In 2013, a version of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), having number 5, was published. The DSM is a textbook which aims to present diagnostic criteria for each psychiatric disorder recognized by the U.S. healthcare system. The DSM-5 comprises the most updated diagnostic criteria of psychiatric disorders as well as their description, and provides a common language for clinicians to communicate about the patients. Diagnostic criteria of the DSM-5 have been popular all over the world, including countries where the ICD-10 classification is obligatory, and are widely used for clinical and neurobiological research in psychiatry.

In this article, two chapters of the DSM-5 pertained to mood (affective) disorders are presented, such as “Bipolar and related disorders” and “Depressive disorders” replacing the chapter titled “Mood disorders” in the previous version of DSM-IV. The aim of this article is to discuss a structure of new classification, to point out differences compared with previous version (DSM-IV). New diagnostic categories, such as e.g. disruptive mood dysregulation disorder or premenstrual dysphoric disorder were depicted as well as some elements of dimensional approach to mood disorders were presented.

Słowa kluczowe: zaburzenia depresyjne, zaburzenia dwubiegunowe, DSM-5

Key words: bipolar disorders, depressive disorders, DSM-5

Wstęp

W maju 2013 roku, po 14 latach prac, przedstawiono kolejną wersję „*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*” (DSM) oznaczoną numerem 5 [1]. DSM to podręcznik, który stawia sobie za cel przedstawienie kryteriów diagnostycznych wszystkich zaburzeń psychicznych rozpoznawanych w systemie opieki zdrowotnej Stanów Zjednoczonych. Dodatkowo prezentuje opisy każdej kategorii diagnostycznej i stanowi cenne narzędzie do zbierania danych statystycznych oraz pomoc w komunikowaniu się wszystkich pracowników opieki zdrowotnej. Listy zaburzeń psychicznych,

ich klasyfikacje oraz ich kryteria diagnostyczne powstały po wieloletniej pracy wielu ekspertów z licznych paneli problemowych z uwzględnieniem analiz badań, eksperytyz, klinicznych przeglądów naukowych itd. Proces ten można było śledzić na stronie internetowej www.dsm5.org.

Wydany w 2013 roku DSM-5 zawiera najbardziej aktualne kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych wraz z opisem i dostarcza wspólny, uaktualniony język dla klinicystów, by komunikować się w sprawie pacjentów. Międzynarodowa klasyfikacja chorób ICD (International Classification of Diseases) zawiera numery (kody) statystyczne używane w DSM-5 i w całej medycynie potrzebne do monitorowania statystyk zachorowalności i śmiertelności oraz do celów ubezpieczeniowych.

Ponieważ kryteria diagnostyczne DSM cieszą się znaczną popularnością na całym świecie, również w krajach, gdzie aktualnie obowiązuje klasyfikacja ICD-10 [2], i są szeroko używane w badaniach klinicznych i neurobiologicznych w psychiatrii, wydaje się celowe jak najszybsze przybliżenie polskim psychiatrom nowej klasyfikacji DSM-5.

W niniejszym artykule omówione zostaną dwa rozdziały z DSM-5: zaburzenia nastroju dwubiegunowe i pokrewne (bipolar and related disorders) oraz zaburzenia depresyjne (depressive disorders), które powstały na bazie rozdziału zatytułowanego „zaburzenia nastroju” (mood disorders) z wydania DSM-IV [3].

Zadaniem artykułu jest przybliżenie struktury układu klasyfikacji DSM-5 i zwrócenie uwagi na różnice w stosunku do poprzedniej wersji DSM-IV. W tym zakresie przedstawione zostaną nowe kategorie diagnostyczne, jak również pewne elementy podejścia wymiarowego do zaburzeń nastroju w nowej klasyfikacji. Tematyka ta stanowiła również przedmiot wielu artykułów dyskusyjnych opublikowanych w ostatnich miesiącach w piśmiennictwie psychiatrycznym [4–7].

Zaburzenia nastroju dwubiegunowe i pokrewne

Zaburzenie dwubiegunowe typu I

Dwubiegunowe i pokrewne zaburzenia nastroju zostały w DSM-5 wydzielone jako osobny rozdział i obejmują:

1. Zaburzenie dwubiegunowe typu I (bipolar I disorder);
2. Zaburzenie dwubiegunowe typu II (bipolar II disorder);
3. Zaburzenie cyklotymiczne (cyclothymic disorder);
4. Zaburzenie dwubiegunowe i pokrewne wywołane substancjami psychoaktywnymi lub lekami (substance/medication induced bipolar and related disorder);
5. Zaburzenie dwubiegunowe i pokrewne powstałe w wyniku choroby somatycznej (bipolar and related disorder due to another medical condition);
6. Zaburzenie dwubiegunowe określone inaczej i pokrewne (other specified bipolar and related disorder);
7. Zaburzenie dwubiegunowe nieokreślone i pokrewne (unspecified bipolar and related disorder).

W podrozdziale tym podano kryteria epizodu maniakalnego (manic episode), epizodu hipomaniakalnego (hypomanic episode) oraz epizodu dużej depresji (major depressive episode). Ponieważ epizod dużej depresji oznacza depresję w przebiegu choroby afektywnej zarówno jedno-, jak i dwubiegunowej spełniającej kryteria objawowe i czasowe, w dalszej części artykułu używane będzie pojęcie „epizodu depresji”. Ponadto dla choroby afektywnej jednobiegunowej stosowany będzie skrót ChAJ, a dla dwubiegunowej – ChAD.

W DSM-5 dla rozpoznania epizodu maniakalnego wprowadzono zmianę kryterium (A) – do rozpoznania manii konieczne jest wystąpienie okresu nieprawidłowego i trwale wzmożonego ekspansywnego lub drażliwego nastroju oraz nieprawidłowej i trwale zwiększonej aktywności lub energii skierowanej na cel (abnormally and persistently increased goal-directed activity or energy). W kryteriach epizodu maniakalnego autorzy DSM-5 dodali uwagę, że do rozpoznania ChAD typu I konieczne jest wystąpienie przynajmniej jednego epizodu maniakalnego i może to być epizod, którego początek związany jest ze stosowaniem leczenia przeciwdepresyjnego: farmakologicznego, zabiegowego (elektrowstrząsy), jeśli pomimo zakończenia leczenia objawy manii się utrzymują.

DSM-IV miało jedno kryterium więcej dla epizodu maniakalnego oznaczone literą C – wykluczenie epizodu mieszanego. W DSM-5 nie umieszczono opisu i kryteriów epizodu mieszanego i taka kategoria diagnostyczna nie istnieje. Stan mieszany został umieszczony jako cecha (uszczegółowienie – specifier) i może mieć zastosowanie do każdego z epizodów (depresyjnego, maniakalnego, hipomaniakalnego), o czym będzie jeszcze mowa w dalszej części artykułu.

W DSM-5 w kryterium (A) dla epizodu hipomaniakalnego zawarty jest również objaw nieprawidłowej i trwale zwiększonej aktywności lub energii (abnormally and persistently increased activity or energy). Kryterium czasowe epizodu maniakalnego wynosi 4 dni lub więcej. Tak więc kryteria te nie obejmują krótkotrwałej hipomanii (trwającej 1–3 dni) [8], a stany takie zostały włączone w DSM-5 do zaburzeń dwubiegunowych określonych inaczej.

Również epizod hipomaniakalny, który pojawi się w trakcie leczenia przeciwdepresyjnego i przetrwa poza okres związany z biologicznym działaniem takiego leczenia, wystarcza do rozpoznania epizodu hipomaniakalnego, który może występować w ChAD typu I. Autorzy DSM-5 podkreślają, że takie rozpoznanie należy stawiać ostrożnie, że 1 lub 2 objawy nie są wystarczające do rozpoznania epizodu hipomaniakalnego (bo np. podwyższona drażliwość czy agitacja mogą się wiązać po prostu z działaniem leku przeciwdepresyjnego). Jeśli objawy hipomanii powodują znaczne upośledzenie funkcjonowania w jakimkolwiek obszarze lub wystąpią objawy psychiatryczne, należy rozpoznać epizod maniakalny.

Kryteria diagnostyczne epizodu depresji (major depressive episode – MDE) są podobne dla depresji w przebiegu zaburzeń jedno- oraz dwubiegunowych. Do subiektywnych objawów depresyjnego nastroju, obok poczucia smutku lub pustki, dodano poczucie beznadziejności (sad, empty or hopeless). Kryteria czasu trwania objawów (2 tygodnie) pozostały takie same, ale w DSM-5 nie ma oznakowanego w DSM-IV kryterium (B) – wykluczenia epizodu mieszanego oraz kryterium (E) dotyczącego wykluczenia reakcji żałoby (bereavement).

To ostatnie zagadnienie stanowi jedno z najbardziej kontrowersyjnych dotyczących zmian w DSM-5 w porównaniu z DSM-IV i jest szeroko dyskutowane w piśmiennictwie psychiatrycznym. W DSM-IV depresję po śmierci osoby bliskiej można rozpoznawać, jeżeli reakcja żałoby trwa ponad 2 miesiące, występują objawy charakterystyczne dla depresji i powodują istotne upośledzenie funkcjonowania. W DSM-5 dodano uwagę, by uważnie rozważyć, czy oprócz objawów żałoby nie wystąpiły jednak objawy depresji, gdyż wtedy można ją rozpoznać już po 2 tygodniach trwania objawów. Taka diagnoza wymaga doświadczenia klinicznego, ale też uwzględnienia indywidualnej sytuacji (straty) oraz norm kulturowych.

W procesie różnicowania smutku w żałobie (grief in bereavement) z epizodem depresyjnym podkreślane jest, że dominującym uczuciem jest wtedy poczucie pustki, opuszczenia i straty, podczas gdy w depresji dominuje stale obniżony nastrój i niemożność oczekiwania na przyjemność, szczęście. Objawy żałoby (smutek powiązany z myślami lub wspomnieniami o zmarłym) często pojawiają się przelotnie (pangs of grief) i zwykle zmniejszają się w ciągu kilku dni lub tygodni. W przebiegu epizodu depresji obniżony nastrój jest bardziej stały, niezwiązany ze specyficznymi myślami czy określonym tematem. Smutkowi w żałobie mogą towarzyszyć pozytywne emocje, czasami poczucie humoru; w epizodzie depresji charakterystyczne jest stałe poczucie nieszczęścia i cierpienia. Treść myśli w żałobie związana jest ze wspomnieniami o zmarłym, a nie z pesymistycznymi ruminacjami czy obniżeniem poczucia własnej wartości jak w przebiegu epizodu depresji. W żałobie zwykle poczucie własnej wartości (samoocena) jest zachowane, w epizodzie depresji dominuje poczucie bezwartościowości i odrazy do siebie samego (selfloating). Poczucie winy w żałobie zwykle dotyczy niedopełniania wyobrażonych obowiązków wobec zmarłej osoby, na przykład poczucie, że zbyt rzadko odwiedza się cmentarz, za mało wspomina itp. W żałobie myśli o śmierci zwykle powiązane są ze zmarłą osobą, możliwością „dołączenia” do niej, podczas gdy w epizodzie depresji myśli związane są z zakończeniem własnego życia z powodu czucia się bezwartościowym, niezasługującym na życie lub niezdolnym do radzenia sobie z bólem depresji.

Mimo tych kontrowersji uważa się, że możliwość rozpoznania depresji u osoby w żałobie nie stanowi „stygmatyzacji” czy „medykalizacji” żałoby, a daje lepszą możliwość opieki nad daną osobą, m.in. odpowiedniego stosowania leków przeciwdepresyjnych [9].

Po omówieniu kryteriów poszczególnych epizodów choroby, w DSM-5 przedstawiono kryteria diagnostyczne choroby dwubiegunowej typu I: A – spełnione zostały kryteria przynajmniej jednego epizodu maniakalnego i B – wystąpienie epizodu(ów) manii i depresji nie można lepiej wyjaśnić występowaniem zaburzenia schizoafektywnego, schizofrenii, zaburzenia schizofrenopodobnego, zaburzenia urojeniowego, innymi określonymi lub nieokreślonymi zaburzeniami ze spektrum schizofrenii i innymi zaburzeniami psychotycznymi.

DSM-5 proponuje kodowanie diagnostyczne opierające się na typie obecnego lub ostatniego epizodu i jego cech: nasilenia, obecności objawów psychotycznych, stanu remisji. Remisję można rozpoznać, jeżeli od ponad 2 miesięcy nie są spełnione kryteria epizodu manii, hipomanii lub depresji. Zapis powinien uwzględniać dane (z zachowaniem kolejności): choroba dwubiegunowa typu I, typ obecnego lub ostatniego epizodu, nasilenie/psychotyczność/remisja. Następnie należy określić jak najwięcej „wyróż-

ników” bez kodów, takich jak objawy lękowe (anxious distress), objawy mieszane, przebieg z szybką zmianą faz (rapid cycling), objawy atypowe, objawy melancholiczne, objawy psychotyczne zgodne z nastrojem (mood-congruent), objawy psychotyczne niezgodne z nastrojem (mood-incongruent), objawy katatoniczne, początek w okresie okołoporodowym i przebieg sezonowy. Wyróżniki te zostaną omówione szczegółowo w dalszej części artykułu.

DSM-5 podaje, że w ciągu 12 miesięcy rozpowszechnienie ChAD I (według kryteriów DSM-IV) w Stanach Zjednoczonych wyniosło 0,6%, a w badaniach w 11 innych krajach ten wskaźnik wynosił od 0 do 0,6%. W poprzedniej edycji podano rozpowszechnienie ChAD I w ciągu całego życia na poziomie 0,4–1,6%. DSM-5 przedstawia również słabo uwzględniony w DSM-IV problem współwystępowania z ChAD I zarówno zaburzeń psychicznych (mental disorders), w tym najczęściej występujących zaburzeń lękowych (u ok. 3/4 chorych), zespołu deficytu uwagi z nadrucliwością (ADHD), zaburzeń zachowania, zaburzeń kontroli impulsów, różnorodnych zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (substance use disorder) u 50%, jak i zaburzeń somatycznych (np. zespół metaboliczny, migrena). W DSM-5 zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych obejmują dwie kategorie – uzależnienia i nadużywania – opisane w DSM-IV.

W porównaniu z DSM-IV, w DSM-5 pojawił się dodatkowy akapit, który omawia konsekwencje choroby dla funkcjonowania pacjenta. Podkreślono, że około 30% pacjentów doświadcza znacznego upośledzenia zawodowego. Ta niespójność między ustąpieniem objawów a powrotem do dobrego funkcjonowania wiąże się często z gorszym statusem socjoekonomicznym niż grupa kontrolna, przy podobnym wykształceniu. Osoby z ChAD I uzyskują gorsze wyniki w testach oceniających funkcje poznawcze (również w okresach remisji), co może wpływać na trudności w funkcjonowaniu zawodowym i interpersonalnym w ciągu całego życia.

Zaburzenie dwubiegunowe typu II

Według DSM-5 zaburzenie dwubiegunowe typu II (ChAD II) może zostać rozpoznane, jeśli (A) stwierdzono co najmniej jeden epizod hipomaniakalny i co najmniej jeden epizod depresyjny, (B) nigdy nie wystąpił epizod maniakalny, (C) wystąpienie epizodu(ów) hipomanii i epizodu(ów) depresji nie można lepiej wyjaśnić występowaniem zaburzenia schizoafektywnego, schizofrenii, zaburzenia schizofrenopodobnego, zaburzenia urojeniowego, innymi określonymi lub nieokreślonymi zaburzeniami ze spektrum schizofrenii i innymi zaburzeniami psychotycznymi. Kryterium (D) podaje, że objawy depresji lub częste zmiany między fazami depresji i hipomanii powodują klinicznie znaczące cierpienie (distress) lub upośledzenie funkcjonowania społecznego, zawodowego lub w innych ważnych obszarach.

Rozpoznanie zaburzenia afektywnego dwubiegunowego typu II winno uwzględniać nasilenie objawów (epizod łagodny, umiarkowany, ciężki), obecność objawów psychotycznych, status remisji (pełna czy częściowa) oraz inne wyróżniki – jak w ChAD I.

Według DSM-5 rozpowszechnienie ChAD II dla Stanów Zjednoczonych w ciągu 12 miesięcy wyniosło 0,8%, w badaniach międzynarodowych oceniono je na 0,3%.

U 5–15% chorych z ChAD II z powodu wystąpienia epizodu maniakalnego następuje zmiana diagnozy na ChAD I. Ok. 15% osób z ChAD II doświadcza zaburzeń funkcjonowania również między epizodami, ok. 20% przechodzi bez okresów remisji z jednego epizodu afektywnego w kolejny. Istnieje niespójność między ustępowaniem objawów a poprawą funkcjonalną, zwłaszcza w sferze zawodowej, co u chorych skutkuje niższym statusem ekonomicznym, pomimo podobnego wykształcenia. Również testy funkcji poznawczych chorzy wykonują gorzej niż zdrowi, co może pogarszać ich wydolność zawodową. Przedłużające się bezrobocie powiązane jest z większą liczbą epizodów depresji i nadużywaniem alkoholu. DSM-5 również w opisie ChAD II uwzględnia zagadnienie współchorobowości (comorbidity). Ocenia się, że ok. 60% pacjentów z ChAD II ma 3 i więcej współwystępujących zaburzeń psychicznych. Najczęściej osoby te cierpią jednocześnie na zaburzenia lękowe i zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych, a u ok. 14% stwierdzano zaburzenia jedzenia.

Zaburzenie cyklotymiczne

W porównaniu z DSM-IV, w nowej wersji klasyfikacji nie dokonano znaczących zmian kryteriów zaburzenia cyklotymicznego. Do rozpoznania potrzebne jest (A) stwierdzenie występowania przez co najmniej 2 lata (dla dzieci i adolescentów 1 rok) występowania wielu okresów z objawami hipomaniakalnymi, które nie spełniają kryteriów hipomanii, oraz wielu okresów z objawami depresyjnymi, które nie spełniają kryteriów rozpoznania epizodu depresji. W kryterium (B) nadal podtrzymano, że czas bez objawów w ciągu wymienionych dwóch lat (lub 1 roku – dzieci i adolescenty) nie może być dłuższy niż 2 miesiące, ale dodano warunek, aby objawy utrzymywały się przynajmniej przez rok (lub pół roku w przypadku adolescentów i dzieci), co jest istotne dla postawienia rozpoznania. Rozpoznanie zaburzenia cyklotymicznego wyklucza spełnienie kryteriów depresji, manii lub hipomanii (C). Objawów z kryterium (A) nie można lepiej wyjaśnić występowaniem zaburzenia schizoafektywnego, schizofrenii, zaburzenia schizofrenopodobnego, zaburzenia urojeniowego, innych określonych lub nieokreślonych zaburzeń ze spektrum schizofrenii i innych zaburzeń psychotycznych (D) oraz efektami fizjologicznymi działania substancji (np. narkotyku, leku) albo innym stanem medycznym (E). Do rozpoznania konieczne jest też stwierdzenie (F), że objawy powodują klinicznie istotne cierpienie albo znaczące upośledzenie funkcjonowania zawodowego, społecznego lub w zakresie innego ważnego obszaru funkcjonowania u chorego. U osób z zaburzeniem cyklotymicznym występuje 15–50% ryzyko rozwoju choroby dwubiegunowej (ChAD I lub ChAD II), często współistnieją u nich zaburzenia snu i zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych, a u dzieci i adolescentów – ADHD.

Zaburzenie dwubiegunowe i pokrewne wywołane substancjami psychoaktywnymi lub lekami

Zastępuje ono kategorię „substance-induced mood disorder” obecną w DSM-IV. Kategoria „zaburzenie dwubiegunowe i pokrewne wywołane substancjami psychoak-

tywnymi/lekami” już w nazwie podkreśla, że owymi substancjami mogą być stosowane leki (w DSM-IV używano tylko określenia „substancje”). Kryterium diagnostyczne (A) skonstruowano jako nasilone i utrwalone zaburzenie nastroju dominujące w obrazie klinicznym i charakteryzujące się nastrojem wzmożonym, ekspansywnym lub drażliwym (niekiedy z towarzyszącym nastrojem depresyjnym) albo znaczące zmniejszenie zainteresowań i odczuwania przyjemności w zakresie wszystkich bądź prawie wszystkich aktywności. W kryterium (B) w DSM-IV objawy z kryterium (A) musiały rozwinąć się w trakcie używania lub w ciągu 1 miesiąca od użycia (intoxication) albo od wycofania tej substancji. DSM-5 wymaga, by owe objawy rozwinęły się w trakcie używania, wkrótce (soon after) po użyciu, po odstawieniu substancji lub po ekspozycji na lek oraz stwierdzenia, że owa substancja/lek jest zdolna (capable) spowodować wystąpienie objawów z kryterium (A). Kryterium (C) wymaga, by stwierdzanego zaburzenia nie można było lepiej wyjaśnić występowaniem zaburzenia dwubiegunowego albo pokrewnymi zaburzeniami nastroju niewywołanymi substancją/lekiem. Kryteria (D) i (E) pozostały takie same: zaburzenie nie występuje przeważnie w przebiegu majaczenia i powoduje klinicznie istotne cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania społecznego, zawodowego albo w innych ważnych dziedzinach.

W rozpoznaniu według DSM-5 należy podać nazwę dla każdej substancji (jeśli jest znana) lub informację, że nie jest znana, a także podać, czy początek zaburzeń nastąpił podczas intoksykacji lub podczas odstawienia (np. pacjent z zaburzeniem dwubiegunowym i pokrewnym wywołanym stosowaniem kokainy, z początkiem podczas intoksykacji).

*Zaburzenie dwubiegunowe i pokrewne powstałe
w wyniku choroby somatycznej*

Zmieniono tutaj określenie „general medical condition” na „another medical condition”. W kryteriach diagnostycznych poszerzono kryterium (E): „zaburzenie powoduje klinicznie istotne cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania społecznego, zawodowego albo w innych ważnych dziedzinach lub konieczność hospitalizacji, by zapobiec wyrządzeniu krzywdy przez chorego innym albo sobie, lub występują objawy psychotyczne” [1]. DSM-5 daje możliwość wyboru opisu: z cechami manii, z cechami mieszanymi, z cechami przypominającymi epizod hipomanii lub manii (np. zaburzenie dwubiegunowe spowodowane nadczynnością tarczycy, z cechami manii).

*Zaburzenie dwubiegunowe określone inaczej i pokrewne
oraz zaburzenie dwubiegunowe nieokreślone i pokrewne*

W DSM-IV istniała kategoria „mood disorder not otherwise specified”. W DSM-5 po podziale zaburzeń nastroju na dwa rozdziały usunięto „not otherwise specified” i wprowadzono 2 kategorie diagnostyczne: zaburzenie dwubiegunowe określone inaczej i pokrewne oraz zaburzenie dwubiegunowe nieokreślone i pokrewne.

Zaburzenie dwubiegunowe określone inaczej i pokrewne wprowadzono dla stanu, w którym objawy charakterystyczne dla zaburzenia dwubiegunowego i pokrewnego

powodują istotne klinicznie cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania społecznego, zawodowego albo w innych ważnych dziedzinach, ale nie spełniają kryteriów żadnej klasy diagnostycznej zaburzeń dwubiegunowych i pokrewnych. Stawiając taką diagnozę, należy sprecyzować powód, np. krótkotrwałe okresy hipomanii (1–3 dni), krótko trwające zaburzenie cyklotymiczne – poniżej 2 lat.

Diagnozę zaburzenia dwubiegunowego nieokreślonego i pokrewnego postawić można wtedy, kiedy objawy charakterystyczne dla zaburzenia dwubiegunowego i pokrewnego powodują istotne klinicznie cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania społecznego, zawodowego albo w innych ważnych dziedzinach, ale nie spełniają kryteriów żadnej klasy diagnostycznej dwubiegunowych i pokrewnych zaburzeń nastroju i badacz nie precyzuje (jak powyżej) powodu niespełnienia kryteriów, np. z powodu braku wystarczających informacji podczas pracy w izbie przyjęć/dyżuru.

Wyróżniki zaburzeń dwubiegunowych

W DSM-5 na końcu rozdziału o zaburzeniach dwubiegunowych wymieniono następujące tzw. wyróżniki do rozpoznania epizodu maniakalnego, hipomaniakalnego lub depresyjnego:

- z objawami lęku (with anxious distress) – wymienia się 5 objawów (poczucie napięcia, poczucie niepokoju, zaburzenia koncentracji z powodu zamartwiania się, obawa, że coś złego może się zdarzyć, obawa przed utratą kontroli), określa nasilenie od łagodnego (2 objawy), poprzez umiarkowane (3 objawy), umiarkowanie ciężkie (4–5 objawów), do ciężkiego (4–5 objawów z agitacją), stosowane do rozpoznania ostatniego epizodu maniakalnego, hipomaniakalnego lub depresyjnego. Pozwala to na uwzględnienie w rozpoznaniu objawów lękowych, które nie są umieszczone w kryteriach zaburzenia dwubiegunowego;
- z cechami mieszanymi (with mixed features) – do rozpoznania obecnego epizodu maniakalnego, hipomaniakalnego lub depresyjnego. Kryteria epizodu hipomaniakalnego/maniakalnego z cechami mieszanymi obejmują występowanie co najmniej 3 z 6 objawów depresyjnych. Kryteria epizodu depresyjnego z cechami mieszanymi obejmują występowanie co najmniej 3 z 7 objawów maniakalnych. Autorzy podkreślają, że wystąpienie cech mieszanych w epizodzie depresji jest czynnikiem ryzyka rozwoju ChAD, stąd wymagają one uważnego monitorowania;
- z szybką zmianą faz (with rapid cycling) – dla ChAD I lub II, jeśli w ciągu ostatnich 12 miesięcy było 4 i więcej faz chorobowych spełniających kryteria epizodu maniakalnego, hipomaniakalnego lub depresyjnego. Epizody muszą być oddzielone przynajmniej dwumiesięcznym okresem remisji lub częściowej remisji, lub zmieniać się w epizod przeciwnego biegunu (hipomania i mania są uznane za ten sam biegun). Epizody nie mogą być związane z używaniem substancji/leku lub innym stanem somatycznym;
- z cechami melancholicznymi (with melancholic features): jedna z dwóch cech (anhedonia, brak reakcji na przyjemne bodźce) + 3 i więcej z sześciu cech (znacznie obniżony nastrój, gorsze samopoczucie rano, wczesne budzenie, agitacja lub

- zahamowanie, anoreksja lub utrata masy ciała, nieadekwatne poczucie winy) muszą być stwierdzone w okresie nasilonych objawów obecnego epizodu depresyjnego. Cechy te są częściej spotykane wśród chorych hospitalizowanych, większe prawdopodobieństwo, że wystąpią wraz z objawami psychiatrycznymi;
- z cechami atypowymi (with atypical features): reaktywność nastroju + 2 (lub więcej) z 4 cech (wzrost łaknienia lub masy ciała, hipersomnia, ociężałość kończyn, wrażliwość na odrzucenie – interpersonal reaction sensitivity) dominują przez większość dni obecnego epizodu depresji;
 - z objawami psychiatrycznymi (with psychotic features) – obecność omamów lub urojeń w jakimkolwiek momencie trwania epizodu. Należy sprecyzować, czy są zgodne lub niezgodne z nastrojem;
 - z objawami katatonicznymi (with catatonia): w trakcie epizodu manii lub depresji, jeżeli objawy są obecne przez większość czasu trwania epizodu;
 - z początkiem w okresie okołoporodowym (with peripartum onset) – pojęcie pojawiło się w DSM-5 zamiast okresu „poporodowego” i poszerza kryterium rozpoznania na początek w okresie ciąży i/lub w okresie 4 tygodni od porodu. Dotyczy obecnego lub ostatniego epizodu manii, depresji lub hipomanii w ChAD I i II. Według autorów DSM-5, 50% depresji rozpoznawanych jako „poporodowe” ma swój początek przed porodem, w ciąży. Obserwacje prospektywne pokazały, że wystąpienie objawów depresyjnych i lękowych oraz „baby blues” zwiększa ryzyko epizodu depresji w okresie poporodowym. Epizodom depresji okresu okołoporodowego mogą towarzyszyć objawy psychiatryczne, dla których czynnikami ryzyka jest występowanie w przeszłości epizodu depresji lub ChAD i/lub występowanie ChAD, zwłaszcza ChAD I, w rodzinie. Wystąpienie objawów psychiatrycznych w depresji poporodowej oznacza 30–50% ryzyko, że przy kolejnym porodzie taka choroba się powtórzy;
 - z przebiegiem sezonowym (with seasonal pattern): występowanie w ciągu życia wzorca powtarzania się przynajmniej jednego typu epizodu (manii, hipomanii, depresji) w określonej porze roku. Możliwe jest, że jeden typ epizodu powtarza się sezonowo (np. mania), ale inny (np. depresja) pojawia się niezależnie do pory roku. Taki wzorec tylko sezonowych epizodów musi trwać przynajmniej 2 lata, a liczba epizodów niesezonowych nie może przewyższać tych związanych z porą roku w całym okresie chorowania.

Dla każdej diagnozy należy uszczegółowić dane co do remisji i nasilenia. Remisja częściowa jest, gdy wcześniej występowały objawy spełniające kryteria manii, hipomanii, depresji, a obecny okres bez objawów trwa krócej niż 2 miesiące. Remisja pełna występuje, gdy okres bez objawów trwa 2 miesiące. Nasilenie epizodu może być łagodne, umiarkowane lub ciężkie. Ocena ta zależy od liczby objawów według kryteriów danego zaburzenia, ich nasilenia oraz stopnia zaburzenia funkcjonowania z nich wynikającego.

Zaburzenia depresyjne

Zaburzenia depresyjne mają wspólne cechy, takie jak nastrój smutku, pustki albo nastrój drażliwy, z towarzyszącymi zmianami somatycznymi i poznawczymi, które

w znaczący sposób wpływają na zdolność danej osoby do prawidłowego funkcjonowania. Różnice między poszczególnymi zaburzeniami związane są z czasem trwania i prawdopodobnie odrębną etiologią.

W tym rozdziale przedstawiono następujące zaburzenia:

1. Zaburzenie o destrukcyjnej regulacji nastroju (disruptive mood dysregulation disorder – DMDD);
2. Duże zaburzenie depresyjne (major depressive disorder – MDD), w którym występują (duże) epizody depresyjne (major depressive episode – MDE);
3. Uporczywe zaburzenie nastroju – dystymia (persistent depressive disorder – PDD; dystymia);
4. Zaburzenie dysforyczne przedmiesiączkowe (premenstrual dysphoric disorder – PMDD);
5. Zaburzenie depresyjne wywołane substancjami psychoaktywnymi lub lekami (substance/medication induced depressive disorder);
6. Zaburzenie depresyjne powstałe w wyniku choroby somatycznej (depressive disorder due to another medical condition);
7. Zaburzenie depresyjne określone inaczej (other specified depressive disorder);
8. Zaburzenie depresyjne nieokreślone (unspecified depressive disorder).

Zaburzenie o destrukcyjnej regulacji nastroju

Wprowadzenie tego rozpoznania związane jest z obawami przed nadmiernym rozpoznawaniem (i leczeniem) zaburzenia dwubiegunowego u dzieci, u których często depresja przebiega ze stałą drażliwością i częstymi epizodami znacznie nasilonych zaburzeń kontroli zachowań. Takie objawy u dzieci po osiągnięciu dojrzałości wiązały się znacznie częściej z rozwojem zaburzeń lękowych lub depresyjnych niż zaburzeń dwubiegunowych.

Zaproponowano następujące kryteria DMDD:

- (A) Nasilone powtarzające się wybuchy złości (temper outburst) manifestowane werbalnie i/lub zachowaniem (np. fizyczna agresja w stosunku do ludzi lub przedmiotów), które znacząco nie przystają pod względem nasilenia, proporcji lub czasu trwania do sytuacji lub prowokacji;
- (B) Wybuchy złości są nieadekwatne do etapu rozwoju;
- (C) Wybuchy złości pojawiają się średnio trzy i więcej razy w tygodniu;
- (D) Nastroj między wybuchami złości jest drażliwy (irritable) albo gniewliwy (angry) przez większość dnia, niemal codziennie i jest zauważany przez innych (rodziców, rówieśników, nauczycieli);
- (E) Kryteria (A)–(D) były obecne przez 12 lub więcej miesięcy. W tym czasie nie było okresu 3-miesięcznego i dłuższego, kiedy wszystkie te objawy, (A)–(D), nie występowały;
- (F) Kryteria (A) i (D) są obecne przynajmniej w dwóch z trzech środowisk (dom, szkoła, rówieśnicy) i mają znaczne nasilenie w przynajmniej jednym z nich;

- (G)Rozpoznanie nie należy stawiać po raz pierwszy przed 6. rokiem życia i po 18. roku życia;
- (H)Na podstawie wywiadu lub obserwacji: początek występowania objawów (A)–(E) stwierdzany przed 10. rokiem życia;
- (I) Nigdy nie było okresu trwającego dłużej niż 1 dzień, kiedy spełnione zostały wszystkie kryteria dla epizodu hipomaniakalnego lub maniakalnego;
- (J) Zachowania nie pojawiają się wyłącznie w okresie epizodu depresyjnego i nie mogą być lepiej wyjaśnione innym zaburzeniem psychicznym;
- (K)Objawy nie są powiązane z fizjologicznym działaniem substancji/leku albo z innym stanem somatycznym lub neurologicznym.

Według DSM-5, DMDD jest częstym zaburzeniem psychicznym u dzieci, jego rozpowszechnienie wynosi przypuszczalnie ok. 2–5% wśród dzieci i adolescentów, najczęściej występuje wśród chłopców w wieku szkolnym. DSM-5 podkreśla, że wskaźnik zmiany rozpoznania z DMDD na zaburzenie dwubiegunowe jest bardzo niski, a DMDD u dziecka/adolescenta zwiększa ryzyko zachorowania na zaburzenia depresyjne lub zaburzenia lękowe w okresie dorosłości. Różnicować je należy z zaburzeniem dwubiegunowym, ADHD, epizodem depresyjnym, zaburzeniami lękowymi oraz zaburzeniami ze spektrum autyzmu.

Duże zaburzenie depresyjne, w którym występują (duże) epizody depresyjne

Kryteria (A)–(C) dla epizodu depresyjnego znajdują się w części artykułu dotyczącej zaburzenia dwubiegunowego. Choć możliwa jest diagnoza dużego zaburzenia depresyjnego (MDD) na podstawie pojedynczego epizodu, w większości zaburzenie to ma charakter nawracający (depresja nawracająca, ChAJ). Kryteria (D) i (E) obejmują wykluczenie innych zaburzeń psychicznych oraz epizodu/ów (hipo)maniakalnych.

W przypadku różnicowania z żałobą (która w DSM-5 nie jest kryterium wykluczającym) podkreślono, że żałoba wywołuje smutek i wielkie cierpienie, ale nie wywołuje depresji. Jeśli depresja i żałoba występują razem, zwykle objawy depresyjne i upośledzenie funkcjonowania są bardziej nasilone niż w żałobie bez epizodu depresji. Depresja związana z żałobą zwykle występuje u osób z podatnością na zaburzenia depresyjne i powrót do zdrowia można ułatwić, stosując leczenie przeciwdepresyjne (patrz: epizod depresji w przebiegu zaburzeń dwubiegunowych).

Dla zaburzenia depresyjnego konieczne jest dodanie następujących informacji: epizod pojedynczy/nawracający, nasilenie (severity)/objawy psychotyczne/remisja oraz następujące wyróżniki: objawy lękowe, objawy mieszane, objawy melancholiczne, objawy atypowe, objawy psychotyczne zgodne z nastrojem, objawy psychotyczne niezgodne z nastrojem, objawy katatoniczne, początek w okresie okołoporodowym i przebieg sezonowy.

Rozpoznanie może wyglądać jak zaburzenie depresyjne nawracające, nasilenie umiarkowane, bez objawów psychotycznych, z początkiem w okresie okołoporodowym.

Rozpowszechnienie zaburzenia depresyjnego w USA w ciągu 12 miesięcy autorzy DSM-5 oceniają na około 7%, u kobiet występuje ono 1,5–3 razy częściej niż u męż-

czyzn, trzy razy częściej w grupie między 18.–29. rokiem życia niż u osób powyżej 60. roku życia. DSM-5 podaje, że prawdopodobieństwo zachorowania osiąga szczyt w trzeciej dekadzie życia. Przebieg kliniczny jest zróżnicowany. U niektórych chorych występują wyraźne remisje (2-miesięczny okres bez objawów lub tylko z 1 lub 2 objawami, ale o ich nasileniu nie większym niż łagodne), ale są i tacy, u których przebieg jest przewlekły. U pacjentów z przebiegiem przewlekłym jest większe prawdopodobieństwo występowania zaburzeń osobowości, zaburzeń lękowych, zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych i mniejsze prawdopodobieństwo, że leczenie przyniesie pełną remisję objawów.

U wielu chorych zaburzenie dwubiegunowe zaczyna się od epizodu depresji lub kilku takich epizodów, częściej, gdy początek następuje w okresie adolescencji, występują objawy psychotyczne, cechy stanu mieszanego, a zaburzenie dwubiegunowe pojawiało się w rodzinie. Epizod depresji, zwłaszcza z objawami psychotycznymi, może też poprzedzać wystąpienie schizofrenii. Poza różnicą między kobietami a mężczyznami w częstości występowania, nie ma różnic co do fenomenologii, przebiegu oraz reakcji na leczenie.

W różnicowaniu należy brać pod uwagę m.in. epizod (hipo)maniakalny z cechami mieszanymi, zaburzenia nastroju o podłożu somatycznym wywołane substancjami/ lekami, ADHD oraz zwykły smutek. Zaburzenia depresyjne często współwystępują z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych, zespołem lęku napadowego, zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym, jadłowstrętem psychicznym, bulimią oraz zaburzeniem osobowości typu granicznego (borderline).

Uporczywe zaburzenie nastroju (dystymia)

Ta kategoria powstała z połączenia zaburzenia dystymicznego (dysthymic disorder) oraz zaburzenia depresyjnego o przebiegu przewlekłym (chronic major depressive disorder). Kryterium (A) rozpoznania PDD jest stwierdzenie depresyjnego nastroju przez większość dnia, większość dni, przez przynajmniej 2 lata (dla dzieci i adolescentów – 1 rok) i nastrój może być drażliwy. Obniżonemu nastrojowi muszą towarzyszyć przynajmniej 2 z sześciu objawów z kryterium (B), a okres bez objawów nie może trwać dłużej niż 2 miesiące. Epizod depresji może poprzedzać wystąpienie dystymii, ale może też wystąpić w trakcie jej trwania. W przypadku osoby z uporczywym zaburzeniem nastroju i epizodem depresyjnym należy postawić oba rozpoznania. Wykluczyć należy jakikolwiek epizod hipomaniakalny, maniakalny, zaburzenie cyklotymiczne oraz możliwość związku z działaniem substancji/leku oraz innym stanem somatycznym. Spełnione winno być kryterium znaczącego klinicznie cierpienia lub upośledzenia w zakresie funkcjonowania społecznego, zawodowego lub w innej ważnej dziedzinie.

Zaburzenie dysforyczne przedmiesiączkowe

Zaburzenie to zostało przeniesione z dodatku (appendix) do DSM-IV do rozdziału zaburzeń depresyjnych w DSM-5. Wieloletnie badania wykazały, że jest to specyficzna forma depresji, która zaczyna się po stadium owulacji, ustępuje w ciągu kilku dni miesiączkowania i wywiera znaczny wpływ na funkcjonowanie.

Kryteria diagnostyczne zaburzeń dysforycznych przedmiesiączkowych (PMDD) są następujące:

- (A) Przez większość cykli miesięczkowych przynajmniej 5 objawów musi być obecnych w ostatnim tygodniu przed początkiem miesiączki, początek poprawy występuje w ciągu kilku dni po początku miesiączki i objawy stają się minimalne lub całkowicie ustępują tydzień po miesiączce;
- (B) Musi być obecny jeden (albo więcej) z następujących objawów: 1) labilność afektywna (np. zmienność nastrojów, nagle uczucie smutku lub płaczu albo zwiększona wrażliwość na odrzucenie), 2) drażliwość, gniewliwość albo konfliktowość w kontaktach interpersonalnych, 3) depresyjny nastrój, uczucie beznadziei, myśli o charakterze samodeprecjacji, 4) niepokój, uczucie napięcia (keyed up) albo nerwowość (on edge);
- (C) Musi być dodatkowo obecny jeden (lub więcej) z następujących objawów, by osiągnąć ogólną liczbę pięciu objawów razem z objawami z kryterium (B): 1) obniżone zainteresowanie codziennymi aktywnościami (np. szkoła, praca, hobby, przyjaciele), 2) subiektywne poczucie zaburzeń koncentracji, 3) ospałość, brak energii, łatwe męczenie się, 4) zmiany łaknienia: objadanie się, głód określonych pokarmów (specific food craving), 5) hipersomnia lub bezsenność, 6) poczucie przytłoczenia lub braku kontroli (out of control), 7) objawy somatyczne, takie jak obrzmienie lub tkliwość piersi, bóle stawowe lub mięśniowe, przybór masy ciała, poczucie „opuchnięcia”.

Objawy te powinny występować w prawie każdym cyklu w ciągu ostatniego roku, powodować klinicznie znaczące cierpienie albo zakłócać funkcjonowanie w szkole, pracy, codzienne aktywności lub relacje z innymi (np. unikanie społecznych interakcji, obniżona produktywność i wydajność w pracy, szkole, domu). Kryteria wykluczenia obejmują wpływ substancji/leku, innego stanu somatycznego oraz występowanie innych zaburzeń psychicznych. Kryterium (F) wymaga do postawienia rozpoznania objawów występujących przynajmniej przez dwa cykle, jeśli nie – należy postawić rozpoznanie tymczasowe (provisional).

Według DSM-5 rozpowszechnienie PMDD u miesiączkujących kobiet w ciągu 12 miesięcy wynosi w Stanach Zjednoczonych 1,8–5,8%, stwierdzane głównie na podstawie badań retrospektywnych. DSM-5 rekomenduje wykorzystywanie istniejących skal do prowadzenia zapisów prospektywnych.

*Zaburzenie depresyjne wywołane substancjami psychoaktywnymi lub lekami
oraz zaburzenie depresyjne powstałe w wyniku choroby somatycznej*

Zaburzenia te w DSM-5 mają kryteria diagnostyczne takie jak dla zaburzeń dwubiegunowych, różniąc się typem zaburzeń nastroju: wyłącznie zaburzenia depresyjne. DSM-5 daje możliwość rozpoznania: z cechami depresyjnymi, przypominający epizod depresji, z cechami mieszanymi.

Zaburzenie depresyjne określone inaczej oraz zaburzenie depresyjne nieokreślone

W DSM-5 usunięto pojęcie „not otherwise specified” i wprowadzono 2 kategorie diagnostyczne dla zaburzeń depresyjnych. Zaburzenie depresyjne określone inaczej

wprowadzono dla stanu, w którym objawy charakterystyczne dla zaburzeń depresyjnych powodują klinicznie istotne cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania społecznego, zawodowego albo w innych ważnych dziedzinach funkcjonowania, ale nie spełniają kryteriów żadnej klasy diagnostycznej zaburzeń depresyjnych. Stawiając taką diagnozę, należy sprecyzować powód, np. depresja krótkotrwała nawracająca (brief recurrent depression) [10], niespełnione kryterium czasowe (czas trwania 2–13 dni), epizod depresji z niewystarczającą ilością objawów (mniejszą niż 5) – minor depression.

Rozpoznanie zaburzenia depresyjnego nieokreślonego postawić można wtedy, kiedy objawy charakterystyczne dla zaburzeń depresyjnych powodują klinicznie istotne cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania społecznego, zawodowego albo w innych ważnych dziedzinach funkcjonowania, ale nie spełniają kryteriów żadnej klasy diagnostycznej zaburzeń depresyjnych, ale badacz nie precyzuje (jak wyżej) powodu niespełnienia kryteriów, np. z powodu braku wystarczających informacji podczas ostrego dyżuru.

Wyróżniki zaburzeń depresyjnych

W DSM-5 wymieniono wyróżniki dla zaburzeń depresyjnych, z których większość w niniejszym artykule omówiono przy okazji zaburzeń dwubiegunowych: z objawami lękowymi (należy sprecyzować nasilenie: łagodne, umiarkowane, umiarkowanie ciężkie, ciężkie), z objawami mieszanymi (DSM-5 przedstawia kryteria (A)–(D) rozpoznania epizodu depresji z objawami mieszanymi, podkreślając, że taka symptomatologia wiąże się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia ChAD), z cechami melancholicznymi, z cechami atypowymi, z objawami psychotycznymi (obecność omamów lub urojeń, należy sprecyzować, czy są zgodne z nastrojem), z objawami katatonicznymi, z początkiem w okresie okołoporodowym (w okresie ciąży i/lub w okresie 4 tygodni od porodu), z przebiegiem sezonowym.

Dla każdego rozpoznania zaburzeń depresyjnych DSM-5 wymaga uszczegółowienia danych dotyczących remisji oraz oceny nasilenia obecnych objawów (łagodne, umiarkowane, ciężkie) w zależności od liczby objawów według kryteriów danego zaburzenia, ich nasilenia oraz stopnia zaburzenia funkcjonowania z nich wynikającego.

Uwagi końcowe – odniesienie DSM-5 do kodowania ICD-10 i DSM-IV

W podręczniku DSM-5, podobnie jak w DSM-IV, zastosowano system kodowania ICD-9-CM (International Classification of Diseases, Revision 9, Clinical Modification), który jest adaptacją systemu ICD-9 powstałego i używanego w Stanach Zjednoczonych i tam nadal obowiązującego. W Europie używany jest system ICD-10 [2], który przypisuje każdej diagnozie kod alfanumeryczny. Ten system wykorzystany będzie też w ICD-11, którego wprowadzenie planowane jest w 2015 roku.

Dla ChAD I w DSM-5 obecny lub ostatni łagodny epizod maniackalny kodowany jest jako 296.41 (F31.11), umiarkowany 296.42 (F31.12) i ciężki 296.43 (F31.13), z objawami psychotycznymi 296.44 (F31.2), w częściowej remisji 296.45 (F31.74), w pełnej remisji 296.46 (F31.74) i nieokreślony 296.40 (F31.9), a obecny lub ostatni

epizod depresyjny odpowiednio 296.51 (F31.31), 296.52 (F31.32), 296.53 (F31.4), 296.54 (F31.5), 296.55 (F31.75), 296.56 (F31.76) i 296.50 (F31.9). Dla ChAD II DSM-5 proponuje kod 296.89 (F31.81), chociaż nasilenie, przebieg i inne wyróżniki nie mogą być kodowane. Zaburzenie cyklotymiczne otrzymało kod 301.13 (F34.0).

Epizod depresji pierwszorazowej: łagodny kodowany jest jako 296.21 (F32.0), umiarkowany 296.22 (F32.1), ciężki 296.23 (F32.2), z objawami psychotycznymi 296.24 (F32.3), w częściowej remisji 296.25 (F32.4), w pełnej remisji 296.26 (F32.5), nieokreślony 296.20 (F32.9), a epizod depresji nawracającej odpowiednio 296.31 (F33.0), 296.32 (F33.1), 296.33 (F33.2), 296.34 (F33.3), 296.35 (F33.41), 296.36 (F33.42), 296.30 (F33.9).

Zaburzenie o destrukcyjnej regulacji nastroju kodowane jest jako 296.99 (F34.8), uporczywe zaburzenie nastroju jako 300.4 (F34.1), a zaburzenie dysforyczne przedmiesiączkowe jako 625.4 (N94.3).

Kodowanie w ICD zaburzeń dwubiegunowych lub depresyjnych wywołanych substancjami psychoaktywnymi lub lekami zależy od tego, czy rozpoznawane jest jednocześnie zaburzenie związane z przyjmowaniem danej substancji i czy jest to substancja wymieniana w ICD. Na przykład zaburzenie dwubiegunowe związane z przyjmowaniem kokainy u osoby uzależnionej od niej w stopniu umiarkowanym, z początkiem w okresie przyjmowania substancji, koduje się jako 292.84 (F14.14). W przypadku substancji niesklasyfikowanych w ICD-10 (np. steroidy) należy użyć kodu dla „innych substancji” – 292.84, czyli w ICD-10 – F19, z rozszerzeniem informującym o nasileniu uzależnienia, np. łagodnym (F19.14) lub brakiem uzależnienia (F19.94). Kod w ICD-9-CM zaburzeń dwubiegunowych lub depresyjnych powstałych w wyniku choroby somatycznej to 293.83, kod w ICD-10-CM zależy od wyróżników (np. epizod depresyjny z cechami mieszanymi – F06.34). Zalecane jest podanie na początku również kodu ICD-10 dla owej choroby somatycznej (np. 242.90, E05.90 – nadczynność tarczycy), a potem kodu 293.83 (F06.34).

Zaburzenie dwubiegunowe i pokrewne oraz zaburzenie depresyjne określone inaczej kodować należy odpowiednio jako 296.89 (F31.89) i 311 (F32.8), a zaburzenie dwubiegunowe i pokrewne oraz zaburzenie depresyjne nieokreślone odpowiednio jako 296.80 (F31.9) i 311 (F32.9).

W ChAD i ChAJ w sytuacji występowania cech katatonicznych proponowane jest użycie dodatkowego kodu: 293.89 (F06.1).

Na zakończenie należy odnotować, że DSM-5 przeszło do nieosiowego opisu diagnozy (czyli dawniej osi I, II, III), z osobnym opisem (notowaniem) ważnych czynników psychosocjalnych i kontekstowych (dawniej oś IV) oraz niesprawności (dawniej oś V). Takie podejście jest zgodne z zaleceniami WHO, by rozważać funkcjonowanie i status danej osoby niezależnie od diagnozy lub objawów. Współtwórcy założeń DSM-5 rekomendowali, by DSM-5 nie tworzyło własnej klasyfikacji czynników środowiskowych lub psychospołecznych wpływających na zdrowie psychiczne, a raczej by używać wybranych elementów z kodów ICD-9-CM czy ICD-10-CM. Zarówno zespoły pracujące nad DSM-5, jak i te nad ICD kładły nacisk, by rozdzielić pojęcia niesprawności (upośledzenia funkcjonowania socjalnego, zawodowego lub w innych ważnych obszarach) i zaburzenia psychicznego.

Piśmiennictwo

1. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fifth edition (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
2. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization; 1992.
3. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth edition (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994
4. Severus E, Bauer M. *Diagnosing bipolar disorders in DSM-5*. Int. J. Bipolar Disord. 2013; 1: 14.
5. Angst J. *Bipolar disorders in DSM-5: strengths, problems and perspectives*. Int. J. Bipolar Disord. 2013; 1: 12.
6. Krieger FV, Stringaris A. *Bipolar disorder and disruptive mood dysregulation in children and adolescents: assessment, diagnosis and treatment*. Evid. Based Mental Health 2013; 16: 93–94.
7. Uher R, Payne JL, Pavlova B, Perlis RH. *Major Depressive Disorder in DSM-5: Implications for clinical practice and research of changes from DSM-IV*. *Depress. Anxiety* 2013; Epub ahead of print, DOI: 10.1002/da.22217.
8. Angst J. *The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder*. J. Affect. Disord. 1998; 50: 143–151.
9. Uher R, Payne JL, Pavlova B, Perlis RH. *Grief, depression, and the DSM-5*. J. Psychiatr. Pract. 2013; 19: 386–396.
10. Angst J, Merikangas K, Scheidegger P, Wicki W. *Reccurent brief depression: a new subtype of affective disorder*. J. Affect. Disord. 1990; 19: 87–98.

Adres: Dorota Łojko
Klinika Psychiatrii Dorosłych
Uniwersytet Medyczny w Poznaniu
60-572 Poznań, ul. Szpitalna 27/33

Otrzymano: 30.12.2013
Zrecenzowano: 19.01.2014
Przyjęto do druku: 21.01.2014