

Michael B. First, M.D.

DSM-5[®]

Diagnostyka różnicowa

Redaktor wydania polskiego

Piotr Gałeczki


URBAN & PARTNER

DSM-5[®]

**Podręcznik
diagnostyki
różnicowej**

DSM-5[®]

Handbook

of

Differential

Diagnosis

Michael B. First, M.D.

Professor of Clinical Psychiatry, Columbia University; and
Research Psychiatrist, Division of Clinical Phenomenology,
New York State Psychiatric Institute, New York, New York

AMERICAN
PSYCHIATRIC
ASSOCIATION

PUBLISHING



DSM-5[®]

Podręcznik diagnostyki różnicowej

Michael B. First, M.D.

Professor of Clinical Psychiatry, Columbia University and
Research Psychiatrist, Division of Clinical Phenomenology,
New York State Psychiatric Institute, New York

Redakcja wydania polskiego

Piotr Gałecki

edra
URBAN & PARTNER

Tytuł oryginału: DSM-5® Handbook of Differential Diagnosis

Autor: Michael B. First, M.D.

Copyright © 2014 American Psychiatric Association

ALL RIGHTS RESERVED

DSM and DSM-5 are trademarks of the American Psychiatric Association. Use of these terms is prohibited without permission of the American Psychiatric Association.

Books published by American Psychiatric Association Publishing (APAP) represent the findings, conclusions, and views of the individual authors and do not necessarily represent the policies and opinions of APAP or the American Psychiatric Association.

The author, Michael B. First, M.D., has no competing interests to disclose.

First Published in the United States by American Psychiatric Association Publishing, Arlington, VA. Copyright © 2014. All rights reserved.

Pierwsza publikacja w Stanach Zjednoczonych: American Psychiatric Association Publishing, Arlington, VA. Copyright © 2014. Wszelkie prawa zastrzeżone.

First Published in Poland by EDRA Urban & Partner Sp. z o.o. in Polish. EDRA Urban & Partner Sp. z o.o. is the exclusive translation publisher of DSM-5® Handbook of Differential Diagnosis, first edition (copyright 2014) authored by Michael B. First, M.D. in Polish for distribution Worldwide.

Pierwsza publikacja w Polsce: EDRA Urban & Partner Sp. z o.o. w języku polskim. EDRA Urban & Partner Sp. z o.o. jest wyłącznym wydawcą tłumaczenia publikacji DSM-5® Handbook of Differential Diagnosis (copyright © 2014), autor: Michael B. First, M.D., na język polski do dystrybucji na terenie całego świata.

Permission for use of any material in the translated work must be authorized in writing by EDRA Urban & Partner Sp. z o.o.

Pozwolenie na wykorzystanie jakichkolwiek materiałów zawartych w tłumaczonym dziele musi być uzyskane na piśmie od wydawnictwa EDRA Urban & Partner Sp. z o.o.

The American Psychiatric Association played no role in the translation of this publication from English to the Polish language and is not responsible for any errors, omissions, or other possible defects in the translation of the publication.

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (American Psychiatric Association) nie brało udziału w tłumaczeniu niniejszej publikacji z języka angielskiego na język polski i nie bierze odpowiedzialności za jakiegokolwiek błąd, pominięcia czy inne wady wydania polskiego.

ISBN 978-1-58562-462-1

Wszelkie prawa zastrzeżone, zwłaszcza prawo do przedruku i tłumaczenia na inne języki. Żadna z części tej książki nie może być w jakiegokolwiek formie publikowana bez uprzedniej pisemnej zgody Wydawnictwa. Dotyczy to również sporządzania fotokopii i mikrofilmów oraz przenoszenia danych do systemów komputerowych.

Ze względu na stały postęp w naukach medycznych oraz odmienne nieraz opinie na temat leczenia, jak również możliwość wystąpienia błędu, prosimy, aby w trakcie podejmowania decyzji uważnie oceniać zamieszczone w książce informacje. Pomoże to zmniejszyć ryzyko wystąpienia błędu lekarskiego.

© Copyright for the Polish edition by Edra Urban & Partner, Wrocław 2016

Redakcja naukowa wydania polskiego: prof. dr hab. Piotr Gałęcki

Tłumaczenie z języka angielskiego: prof. dr hab. Sławomir K. Sidorowicz

Prezes Zarządu: Giorgio Albonetti

Dyrektor wydawniczy: lek. med. Edyta Błażejewska

Redaktor tekstu: AD VERBUM Iwona Kresak

Redaktor prowadzący: Irena Zaucha-Nowotarska

Łamanie i przygotowanie do druku: Marta Radlak

ISBN 978-83-65373-53-3

Edra Urban & Partner

ul. Kościuszki 29, 50-011 Wrocław

tel. 71 726 38 35

biuro@edra.com

www.edra.pl

*Dla mojej ukochanej Leslee
za ogromne zaangażowanie i wsparcie,
bez których powstanie tej książki
nie byłoby możliwe.*

Spis treści

Przedmowa	xiii
Przedmowa do wydania polskiego	xvi
1 Diagnostyka różnicowa krok po kroku	1
2 Diagnostyka różnicowa z wykorzystaniem drzew	19
2.1 Drzewo decyzji dla braku należytych postępów w nauce	25
2.2 Drzewo decyzji dla problemów behawioralnych u dzieci i młodzieży.....	28
2.3 Drzewo decyzji dla zaburzeń mowy	33
2.4 Drzewo decyzji dla rozpraszalności uwagi.....	38
2.5 Drzewo decyzji dla urojeń	41
2.6 Drzewo decyzji dla omamów	48
2.7 Drzewo decyzji dla objawów katatonicznych.....	53
2.8 Drzewo decyzji dla wzmożenia i podwyższenia nastroju	57
2.9 Drzewo decyzji dla drażliwości nastroju	61
2.10 Drzewo decyzji dla nastroju depresyjnego	66
2.11 Drzewo decyzji dla myśli samobójczych lub zachowania samobójczego.....	73
2.12 Drzewo decyzji dla zahamowania psychoruchowego	78
2.13 Drzewo decyzji dla lęku	81
2.14 Drzewo decyzji dla napadów paniki	86
2.15 Drzewo decyzji dla zachowania unikowego	89
2.16 Drzewo decyzji dla traumy oraz stresorów psychospołecznych mających znaczenie w etiologii	93

2.17 Drzewo decyzji dla dolegliwości somatycznych lub lęku o stan zdrowia/wygląd zewnętrzny	97
2.18 Drzewo decyzji dla zmian łaknienia oraz nietypowego zachowania związanego z odżywianiem	101
2.19 Drzewo decyzji dla bezsenności	107
2.20 Drzewo decyzji dla nadmiernej senności (hipersomnii).....	112
2.21 Drzewo decyzji dla dysfunkcji seksualnej kobiety	117
2.22 Drzewo decyzji dla dysfunkcji seksualnej mężczyzny	121
2.23 Drzewo decyzji dla zachowania agresywnego	125
2.24 Drzewo decyzji dla problemów dotyczących impulsywności lub upośledzenie kontroli impulsów	131
2.25 Drzewo decyzji dla samouszkodzenia lub samookaleczenia	135
2.26 Drzewo decyzji dla nadużywania substancji	138
2.27 Drzewo decyzji dla pogorszenia pamięci	144
2.28 Drzewo decyzji dla upośledzenia funkcji poznawczych	148
2.29 Drzewo decyzji dla stanów medycznych będących czynnikami etiologicznymi	158

3 Diagnostyka różnicowa z zastosowaniem tabel..... 167

Zaburzenia neurorozwojowe

3.1.1 Diagnostyka różnicowa niepełnosprawności intelektualnej (zaburzenia rozwoju intelektualnego)	173
3.1.2 Diagnostyka różnicowa zaburzeń komunikacji	175
3.1.3 Diagnostyka różnicowa zaburzeń należących do spektrum autyzmu	177
3.1.4 Diagnostyka różnicowa zaburzenia z deficytem uwagi i nadaktywnością	179
3.1.5 Diagnostyka różnicowa specyficznego zaburzenia uczenia się ...	183
3.1.6 Diagnostyka różnicowa zaburzeń tikowych	185

Zaburzenia należące do spektrum schizofrenii i inne zaburzenia psychotyczne

3.2.1 Diagnostyka różnicowa schizofrenii i zaburzenia pod postacią schizofrenii	186
3.2.2 Diagnostyka różnicowa zaburzenia schizoafektywnego	188
3.2.3 Diagnostyka różnicowa zaburzenia urojeniowego	189
3.2.4 Diagnostyka różnicowa krótkotrwałego zaburzenia psychotycznego	191
3.2.5 Diagnostyka różnicowa katatonii nieokreślonej	192

Zaburzenia dwubiegunowe i pokrewne

3.3.1 Diagnostyka różnicowa zaburzenia dwubiegunowego typu I	194
3.3.2 Diagnostyka różnicowa zaburzenia dwubiegunowego typu II	197
3.3.3 Diagnostyka różnicowa zaburzenia cyklotymicznego	200

Zaburzenia depresyjne

3.4.1 Diagnostyka różnicowa większego zaburzenia depresyjnego	201
3.4.2 Diagnostyka różnicowa uporczywego zaburzenia depresyjnego (dystymii)	204
3.4.3 Diagnostyka różnicowa przedmiesiączkowego zaburzenia dysforycznego	206
3.4.4 Diagnostyka różnicowa dezorganizującego zaburzenia regulacji nastroju	208

Zaburzenia lękowe

3.5.1 Diagnostyka różnicowa separacyjnego zaburzenia lękowego	210
3.5.2 Diagnostyka różnicowa mutyzmu selektywnego	213
3.5.3 Diagnostyka różnicowa fobii swoistej	214
3.5.4 Diagnostyka różnicowa społecznego zaburzenia lękowego (fobii społecznej)	216
3.5.5 Diagnostyka różnicowa zaburzenia panicznego	220
3.5.6 Diagnostyka różnicowa agorafobii	222
3.5.7 Diagnostyka różnicowa zaburzenia lękowego uogólnionego	224

Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne i pokrewne

3.6.1 Diagnostyka różnicowa zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego	227
3.6.2 Diagnostyka różnicowa cielesnego zaburzenia dysmorficznego (dysmorfofobii)	230
3.6.3 Diagnostyka różnicowa zaburzenia gromadzenia rzeczy (zbieractwa patologicznego)	233
3.6.4 Diagnostyka różnicowa trichotillomanii (zaburzenia wyrwania sobie włosów)	235
3.6.5 Diagnostyka różnicowa zaburzenia polegającego na rozdrapywaniu skóry (przechazy psychogenne)	237

Zaburzenia pourazowe i związane ze stresorami

3.7.1 Diagnostyka różnicowa zaburzenia stresowego pourazowego oraz zaburzenia stresowego ostrego	239
3.7.2 Diagnostyka różnicowa zaburzenia adaptacyjnego	242

Zaburzenia dysocjacyjne

3.8.1 Diagnostyka różnicowa amnezji dysocjacyjnej	244
---	-----

3.8.2 Diagnostyka różnicowa zaburzenia depersonalizacyjnego/derealizacyjnego.....	246
Zaburzenia z objawami somatycznymi i pokrewne	
3.9.1 Diagnostyka różnicowa zaburzenia pod postacią somatyczną.....	249
3.9.2 Diagnostyka różnicowa zaburzenia z lękiem o stan zdrowia	252
3.9.3 Diagnostyka różnicowa zaburzenia konwersyjnego (zaburzenia z czynnościowymi objawami neurologicznymi).....	255
3.9.4 Diagnostyka różnicowa czynników psychologicznych wpływających na inne stany medyczne.....	257
3.9.5 Diagnostyka różnicowa zaburzenia pozorowanego	259
Zaburzenia jedzenia i odżywiania się	
3.10.1 Diagnostyka różnicowa zaburzenia polegającego na ograniczaniu/unikaniu przyjmowania pokarmów	261
3.10.2 Diagnostyka różnicowa jadłowstrętu psychicznego	263
3.10.3 Diagnostyka różnicowa żarłoczności psychicznej	266
3.10.4 Diagnostyka różnicowa zaburzenia z napadami objadania się	268
Zaburzenia snu i czuwania	
3.11.1 Diagnostyka różnicowa zaburzenia z bezsennością	269
3.11.2 Diagnostyka różnicowa zaburzenia z nadmierną sennością	272
Dysfunkcje seksualne	
3.12.1 Diagnostyka różnicowa dysfunkcji seksualnych	275
Dysforia płciowa (zaburzenie tożsamości płciowej)	
3.13.1 Diagnostyka różnicowa dysforii płciowej	277
Zaburzenia niszczyielskie, kontroli impulsów i zachowania	
3.14.1 Diagnostyka różnicowa zaburzenia opozycyjno-buntowniczego	279
3.14.2 Diagnostyka różnicowa okresowego zaburzenia eksplozywnego	281
3.14.3 Diagnostyka różnicowa zaburzenia zachowania	284
Zaburzenia związane z substancjami i uzależnienia	
3.15.1 Diagnostyka różnicowa zaburzeń używania substancji	286
3.15.2 Diagnostyka różnicowa zaburzenia hazardowego (hazardu patologicznego)	288
Zaburzenia neuropoznawcze	
3.16.1 Diagnostyka różnicowa majaczenia	289

3.16.2 Diagnostyka różnicowa większego lub łagodnego zaburzenia neuropoznawczego.....	291
---	-----

Zaburzenia osobowości

3.17.1 Diagnostyka różnicowa paranoicznego zaburzenia osobowości	294
3.17.2 Diagnostyka różnicowa schizoidalnego zaburzenia osobowości	295
3.17.3 Diagnostyka różnicowa schizotypowego zaburzenia osobowości	296
3.17.4 Diagnostyka różnicowa antyspołecznego zaburzenia osobowości	297
3.17.5 Diagnostyka różnicowa granicznego zaburzenia osobowości	299
3.17.6 Diagnostyka różnicowa histrionicznego zaburzenia osobowości	300
3.17.7 Diagnostyka różnicowa narcystycznego zaburzenia osobowości	301
3.17.8 Diagnostyka różnicowa unikowego zaburzenia osobowości	302
3.17.9 Diagnostyka różnicowa zależnego zaburzenia osobowości	303
3.17.10 Diagnostyka różnicowa obsesyjno-kompulsyjnego zaburzenia osobowości	304
3.17.11 Diagnostyka różnicowa zmiany osobowości spowodowanej innym stanem medycznym	306

Zaburzenia parafiliczne (parafilie)

3.18.1 Diagnostyka różnicowa zaburzeń parafilicznych (parafilii)	308
--	-----

Dodatek: Klasyfikacja DSM-5	311
--	------------

Alfabetyczny spis drzew decyzyjnych	346
--	------------

Alfabetyczny spis tabel diagnostyki różnicowej	347
---	------------

Przedmowa

Każdy klinicysta powinien nauczyć się różnicowania zaburzeń. Zgłaszający się w gabinecie pacjenci na ogół nie zwracają się do lekarza: „Choruję na większe zaburzenie depresyjne...proszę o lek przeciwdepresyjny” (choć spotyka się i takich!). Pacjenci przeważnie pragną złagodzenia bądź wygaszenia określonych dolegliwości, np. obniżenia nastroju, uczucia zmęczenia (w żargonie medycznym są to tzw. główne dolegliwości), które są źródłem klinicznie znaczącego cierpienia i upośledzenia funkcjonowania. Pierwszoplanowym zadaniem klinicysty jest wyodrębnienie tych zaburzeń spośród ogromnej ich liczby w DSM-5, które mogą tłumaczyć obecność objawów podmiotowych. Na przykład: obniżenie nastroju i uczucie przygnębienia obserwuje się w zaburzeniu depresyjnym większym, uporczywym zaburzeniu depresyjnym (dystymii), zaburzeniach dwubiegunowych I i II, zaburzeniu schizoafektywnym, zaburzeniu depresyjnym wywołanym przez inny stan medyczny, zaburzeniach depresyjnych wywołanych przez substancję psychoaktywną/lek, w zaburzeniu adaptacyjnym itd. Po ustaleniu listy „kandydatów” klinicysta musi uzyskać wiele dodatkowych danych. Służą temu wywiady od pacjenta i innych osób, dokumentacja medyczna, badania stanu psychicznego i fizycznego oraz wyniki analiz pracownianych. Zebrane informacje są podstawą dalszego różnicowania, w którego toku będzie możliwe wyłączenie z listy kandydatów jednego, najbardziej prawdopodobnego rozpoznania; jest to rozpoznanie wstępne. Na jego podstawie można już opracować wstępny plan leczenia. Należy zastrzec, że uzyskane w późniejszym postępowaniu nowe dane kliniczne mogą zmusić zarówno do zmiany rozpoznania, jak i planu leczenia. Na przykład rozpoznanie wstępne u pacjenta brzmi: nawracające większe zaburzenie depresyjne. W wywiadzie podał, że wcześniej był leczony w szpitalu z rozpoznaniem epizodu depresji większej. Tymczasem po zapoznaniu się z treścią historii choroby tamtego szpitala okazało się, że w rzeczywistości rozpoznano wtedy epizod maniakałny z cechami mieszanymi. Wobec tego konieczna była zmiana rozpoznania - z nawracającego większego zaburzenia depresyjnego na zaburzenie dwubiegunowe typu I.

Niniejszy podręcznik ma pomóc w opanowaniu umiejętności rozpoznania różnicowego poprzez wielokierunkową analizę zdefiniowanego problemu klinicznego. W rozdziale pierwszym pt. „Diagnostyka różnicowa krok po kroku” omówiono wiele

zagadnień diagnostyki różnicowej, w której wyodrębniono sześć kroków. W rozdziale drugim pt. „Diagnostyka różnicowa z wykorzystaniem drzew” przedstawiono systemowo proces diagnostyczny od podstaw. W punkcie wyjścia określa się aktualne objawy, np. obniżenie nastroju, urojenia i bezsenność. Każde z 29 drzew decyzyjnych pokazuje, które rozpoznania z podręcznika DSM-5 wchodzi w grę w różnicowaniu poszczególnych objawów. Ponadto, na każdym drzewie oznaczono punkty węzłowe, torujące proces myślowy związany z wyborem jednego spośród możliwych kandydatów. W rozdziale trzecim pt. „Diagnostyka różnicowa z zastosowaniem tabel” omówiono dalszy etap procesu diagnostycznego, który następuje po ustaleniu wstępnego rozpoznania oraz po upewnieniu się, że w toku różnicowania nie pominięto żadnej innej możliwości diagnostycznej. Rozdział zawiera 66 tabel rozpoznania różnicowego – po jednej dla każdego głównego rozpoznania DSM-5. W celu ułatwienia procesu różnicowania za pomocą drzew decyzyjnych i tabel rozpoznania różnicowego każde zaburzenie na końcu gałęzi drzewa decyzyjnego wskazuje na odpowiadającą mu tabelę różnicowania. Dołączone do podręcznika dodatki obejmują: klasyfikację DSM-5 (ma ułatwić kodowanie oraz szybką orientację we wszystkich zaburzeniach do uwzględnienia w procesie różnicowania), alfabetyczne skorowidze drzew decyzyjnych i tabel diagnostyki różnicowej (umożliwiają inny, niekiedy ciekawy sposób lokalizacji konkretnego drzewa decyzyjnego oraz tabeli rozpoznania różnicowego).

Wprawdzie dane z drzew decyzyjnych i tabel różnicowania w pewnym zakresie się pokrywają, to jednak każde z tych podejść ma też swoje własne zalety, które mogą się przydać w pewnych sytuacjach. Drzewa decyzyjne opierają się na ogólnych zasadach algorytmicznych, decydujących o klasyfikacji poszczególnych objawów. Tabele rozpoznania różnicowego obejmują większość zaburzeń DSM-5 i wskazują te zaburzenia, które mają wspólne ważne cechy, a zatem wymagają uwzględnienia i wykluczenia w procesie różnicowania. Zaletą tabel jest to, że pozwalają przeprowadzić dokładne porównanie każdego zaburzenia z innym, z uwzględnieniem cech podobnych i różnicujących. Czytelnik może posłużyć się taką metodą różnicowania, która odpowiada jego aktualnym potrzebom. Jednych zainteresuje zwięzły przegląd procesu diagnostycznego na podstawie DSM-5, ci przeczytają cały podręcznik. Inni posłużą się podręcznikiem jako przewodnikiem wspomagającym rozpoznanie różnicowe w konkretnym przypadku klinicznym.

Sztuka i nauka rozpoznania psychiatrycznego jest niezwykle trudnym wyzwaniem, bo przecież człowiek to coś o wiele bardziej złożonego niż wszystkie razem zasady diagnostyczne zestawione czy to w drzewach decyzyjnych czy tabelach różnicowania. Klinicyści powinni się wystrzegać pokusy wykorzystywania kryteriów DSM-5, drzew decyzyjnych i tabel różnicowania jako zbioru przepisów czy też materiału do wykuwania na pamięć. Chodzi nie o zastępowanie, a o wzmocnienie kluczowej roli oceny medycznej i nabytego doświadczenia klinicznego. Jednocześnie nawyki diagnostyczne tych klinicystów, którzy nie znają wskazówek rozpoznania różnicowego DSM-5, mogą ulec swoistemu wypaczeniu, co osłabi jedną z bardzo ważnych właściwości tej klasyfikacji zaburzeń, tj. ułatwienie komunikacji na temat rozpoznania pomiędzy klinicystami,

a także pomiędzy klinicystami a pacjentami i ich rodzinami. Trzeba zapoznać się z tymi wskazówkami i umiejętnie je wykorzystywać dla dobra procesu diagnostycznego, unikając jednak przesady w podporządkowaniu się ich treści.

Podziękowania

Pragnę podziękować Dr. Allenowi Francesowi i Dr. Haroldowi A. Pincusowi, współautorom *Podręcznika Diagnostyki Różnicowej* na podstawie DSM-IV i DSM-IV-TR, za pomoc w tworzeniu koncepcji niniejszego podręcznika. Dziękuję mojej żonie Leslee Snyder, która dokładnie zapoznała się z maszynopisem dzieła i niosła swoje uwagi. Wreszcie słowa wdzięczności kieruję do pracowników American Psychiatric Association Publishing, którzy wspomagali wydanie tej książki. Są to: Rick Prather, kierownik produkcji, który odpowiadał za bezbłędne przerysowywanie drzew decyzyjnych; Debra J. Berman, która zaadiustowała tekst, oraz Ann M. Eng, która z niezwykłą dokładnością zajęła się opracowaniem drzew decyzyjnych i tabel rozpoznania różnicowego, dzięki czemu można być pewnym, że wszystkie szczegóły zostały przedstawione w nich prawidłowo.

Przedmowa do wydania polskiego

„Diagnoza jest matką terapii” – jak mawiają doświadczeni klinicyści.

Postawienie właściwej diagnozy nie jest jednak zadaniem łatwym. Kontinuum pomiędzy zdrowiem a chorobą, normą a patologią, bywa zagadką nie tylko dla młodych lekarzy, ale również dla starszego pokolenia medyków. Szczególnego znaczenia nabiera proces diagnozowania w przypadku pacjentów z objawami zaburzeń psychicznych. Bywa tak, że społeczne konsekwencje rozpoznania choroby psychicznej mają równie istotne znaczenie, co same objawy psychopatologiczne (zjawisko tzw. stygmatyzacji czy etykietowania). Diagnoza psychiatryczna, podobnie jak każdy inny rodzaj diagnozy, jest bowiem zjawiskiem społecznym. Pierwszym „diagnostą” i ostatecznym odbiorcą treści diagnozy są bowiem osoby otaczające pacjenta – rodzina, znajomi, grupa.

Z nieskrywaną przyjemnością pragnę Państwu przedstawić podręcznik, który może nam, praktykom, pomóc we wspomnianych chwilach wątpliwości. *DSM-5®. Podręcznik diagnostyki różnicowej* Michaela B. Firsta jest kompletnym źródłem wiedzy o kolejnych etapach diagnozy różnicowej. Skonstruowany jest na podstawie modelu drzew decyzyjnych i tabel rozpoznania różnicowego, co zapewnia przejrzystość i kompletność wnioskowania.

Drzewa decyzyjne opierają się na ogólnych zasadach algorytmicznych, decydujących o klasyfikacji poszczególnych objawów. Tabele rozpoznawania różnicowego obejmują większość zaburzeń DSM-5 i zwracają uwagę czytelnika na te spośród nich, które poprzez wspólne cechy mogą rodzić trudności diagnostyczne.

Jest to pierwsza pozycja na polskim rynku o takim charakterze i jednocześnie pierwsza tak wyczerpująca. Czy ma ona szansę zastąpić nasze wieloletnie doświadczenia, intuicję, empatię, czy wnioski płynące z relacji terapeutycznej? Z całą pewnością – nie. Jednak podręcznik ten pozwala spojrzeć na proces diagnostyczny z szerszej perspektywy i zwiększa pewność co do słuszności stawianej diagnozy.

W mojej opinii stanie się także wartościowym narzędziem dydaktycznym w szkoleniu podplomowym.

Miłej lektury, Piotr Gałęcki

1

Diagnostyka różnicowa Krok po kroku

W procesie rozpoznania różnicowego na podstawie DSM-5 trzeba wykonać sześć kroków: 1) wykluczenie symulacji i zaburzenia pozorowanego, 2) wykluczenie substancji psychoaktywnej jako przyczyny, 3) wykluczenie stanu medycznego jako przyczyny, 4) wybór określonego zaburzenia lub określonych zaburzeń podstawowych, 5) różnicowanie zaburzenia adaptacyjnego z innymi określonymi i nieokreślonymi zaburzeniami, 6) wyznaczenie granicy, za którą zaburzenie psychiczne nie występuje.

Krok 1: Wykluczenie symulacji i zaburzenia pozorowanego

Najpierw wyklucza się symulację i zaburzenie pozorowane. Jeśli pacjent nieprawdziwie przedstawia charakter i nasilenie dolegliwości, to ustalenie trafnego rozpoznania psychiatrycznego jest bardzo trudne. Poszukiwanie prawdziwej natury i przyczyny zgłaszanych dolegliwości w znacznym zakresie opiera się na pełnej zaufania współpracy klinicysty z pacjentem. Zdarza się jednak, że kliniczna rzeczywistość jest zupełnie inna niż to, co się dostrzeżę w pierwszej chwili. Niektórzy pacjenci chcą oszukać klinicystę i w tym celu wytworzą lub udają objawy. W DSM-5 wymienione są dwa rozpoznania, które takim objawom odpowiadają: symulacja oraz zaburzenie pozorowane. Tylko w jednym z nich, tj. w **symulacji**, wyraźna jest motywacja oszustwa; pacjent za jego pomocą dąży do osiągnięcia jasno określonego celu (np. uzyskania odszkodowania

z tytułu ubezpieczenia, uniknięcia odpowiedzialności karnej czy służby wojskowej, uzyskania pożądanej substancji psychoaktywnej). Jeśli pacjent oszukuje bez jasnych, zrozumiałych i wyraźnie zdefiniowanych korzyści, to rozpoznaje się **zaburzenie pozorowane**. Wprawdzie w wielu przypadkach zaburzenia pozorowanego można dopatrzeć się motywacji, tj. dążenia pacjenta do wejścia w rolę chorego, to jednak ten aspekt zaburzenia autorzy DSM-5 pominęli. Uznano, że w tych przypadkach byłoby bardzo trudno znaleźć powiązania pomiędzy ujawnianym zachowaniem a kryjącym się u jego podłoża tak specyficznym czynnikiem motywacyjnym.

Istnienie takich stanów wcale nie znaczy, że każdego pacjenta powinno się traktować tak jak niewiarygodnego świadka w procesie sądowym. Nie chodzi też o to, by klinicysta przejmował rolę podejrzliwego prokuratora. W następujących jednak przypadkach nieufność klinicysty powinna wzrosnąć: 1) obecne są wyraźne zewnętrzne bodźce, sprzyjające wykorzystywaniu objawów psychiatrycznych (np. orzeczenie inwalidztwa, ocena stanu psychicznego w procesie karnym czy cywilnym, badanie w więzieniu); 2) badany przedstawia zespół objawów psychiatrycznych, które bardziej przypominają popularne wyobrażenie choroby psychicznej niż uznaną kategorię kliniczną; 3) podczas kolejnych badań stwierdza się zupełną zmianę objawów; 4) pacjent przedstawia obraz kliniczny będący naśladownictwem jakiegoś wzoru (np. innego pacjenta na oddziale, chorego psychicznie bliskiego członka rodziny) i 5) charakterystyczne zachowanie manipulacyjne, sugestywność pacjenta. Na koniec warto zaznaczyć, że klinicysta powinien bacznie obserwować siebie, by nie być ani przesadnie nieufnym, ani zbyt naiwnym.

Krok 2: Wykluczenie zaburzenia wywołanego substancją (w tym substancją psychoaktywną lub lekiem)

Pierwszym problemem do rozstrzygnięcia w różnicowaniu jest odpowiedź na pytanie, czy objawy są wywołane przez substancję wywierającą bezpośredni wpływ na ośrodkowy układ nerwowy (OUN). Zasadniczo substancje mogą powodować każdy rodzaj zmian psychicznych, z jakim można się zetknąć w zakładach leczenia psychiatrycznego. Nieuwzględnienie substancji psychoaktywnej jako czynnika sprawczego zmian jest chyba najczęstszym błędem w praktyce klinicznej. Ma on poważne konsekwencje, ponieważ tylko prawidłowe rozpoznanie pozwoli bezzwłocznie wdrożyć właściwe leczenie. Na przykład: jeśli lekarz stwierdza, że objawy psychotyczne są wywołane zatruciem kokainą, to na ogół natychmiastowe podanie leku przeciwpsychotycznego nie jest uzasadnione, o ile pacjent nie stwarza bezpośredniego zagrożenia dla siebie bądź dla otoczenia. Dowiedzenie tego, że substancja wywołała objawy psychopatologiczne, bywa trudne z kilku powodów: używanie substancji jest powszechne, mogą one wywoływać najrozmaitsze objawy, a do tego obecność objawów psychopatologicznych u osoby używającej jakiejś substancji jeszcze nie przesądza o istnieniu związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy nimi.

Najpierw należy zbadać, czy osoba użyła jakiejś substancji. Służą temu dokładny wywiad oraz badanie fizykalne, mające na celu wykrycie objawów przedmiotowych **zatrucia substancją lub odstawienia substancji.** Osoby nadużywające substancji zwykle zaniżają rozmiary spożycia, dlatego warto uzupełnić informacje na ten temat od członków rodziny. Badania laboratoryjne płynów ustrojowych pozwolą ponadto potwierdzić niedawne użycie określonych substancji. Należy pamiętać, że objawy psychiatryczne nierzadko występują po użyciu najrozmaitszych substancji (nie tylko związków psychoaktywnych). Coraz powszechniejsze są objawy psychopatologiczne wywoływane lekami, niestety często nierozpoznawane. Przyczynia się do tego starzenie się populacji, bowiem osoby w starszym wieku często zażywają wiele leków. Narażenia na trucizny, choć rzadsze, to jednak muszą być brane pod uwagę, zwłaszcza u osób zawodowo mających kontakt z takimi substancjami.

Po potwierdzeniu użycia substancji analizuje się, czy pomiędzy jej użyciem a objawami psychiatrycznymi występuje związek przyczynowy. Uwzględnia się przy tym trzy możliwe wzajemne powiązania między użyciem substancji a objawami psychiatrycznymi: (1) objawy psychiatryczne są następstwem bezpośredniego działania substancji na OUN (co oznacza rozpoznanie w DSM-5 „**zaburzenia wywołane substancją**”, np. zaburzenie psychotyczne wywołane kokainą, zaburzenie depresyjne wywołane rezerpiną); (2) użycie substancji jest następstwem (lub cechą towarzyszącą) pierwotnego zaburzenia psychicznego (np. samoleczenie); (3) objawy psychiatryczne i użycie substancji są od siebie niezależne. Każdą z tych możliwości kolejno omówiono poniżej.

1. **Aby stwierdzić związek przyczynowy pomiędzy substancją a objawami psychiatrycznymi, należy rozważyć trzy kwestie:** (1) czy istnieje ścisłe powiązanie czasowe pomiędzy użyciem substancji lub leku a wystąpieniem objawów; (2) czy użycie danej substancji lub leku może wywoływać stwierdzone objawy psychiatryczne i (3) czy obraz kliniczny można lepiej wyjaśnić innymi przyczynami (tj. przyczyną objawów nie jest ani substancja, ani lek).

- *Należy rozważyć, czy istnieje związek czasowy pomiędzy użyciem substancji/leku a wystąpieniem i utrzymywaniem się objawów psychopatologicznych.* Jedną z najlepszych metod wykazania istnienia związku przyczynowego pomiędzy użyciem substancji/leku a objawami psychiatrycznymi (choć także zawodną) jest sprawdzenie, czy istniał taki okres, w którym objawy psychiatryczne były obecne bez związku z użyciem substancji/leku. W skrajnych przypadkach odpowiedź na to pytanie jest prosta. Jeśli objawy psychopatologiczne zdecydowanie poprzedzają użycie substancji/leku, to prawdopodobnie mamy do czynienia z pierwotnym zaburzeniem psychicznym niewywołanym substancją/lekiem, a użycie substancji/leku jest wtórne (np. jako forma samoleczenia) albo jedno z drugim nie ma żadnego związku. I odwrotnie, jeśli objawy psychopatologiczne występują wyraźnie po użyciu substancji/leku, to najprawdopodobniej jest to zaburzenie wywołane substancją. Niestety, w praktyce ustalenie tych z pozoru prostych faktów bywa bardzo trudne. Zdarza się bowiem, że użycie

substancji/leku następuje mniej więcej w tym samym czasie co wystąpienie objawów psychiatrycznych albo w ogóle nie można ustalić co było najpierw, a co potem. W takich przypadkach trzeba zdać się na obserwację objawów psychiatrycznych, tj. co się z nimi dzieje, gdy pacjent zaprzestał przyjmowania substancji/leku. Objawy psychiatryczne związane z zatruciem substancją, odstawieniem substancji i użyciem leku są wynikiem działania substancji lub leku na układy neuroprzebieżników. Po przerwaniu tego oddziaływania (dzięki okresowi abstynencji po odstawieniu) objawy powinny samoistnie ustąpić. Utrzymywanie się objawów psychiatrycznych przez dłuższy czas po zatruciu bądź po przerwaniu przyjmowania substancji, lub po odstawieniu leku dowodzi, że objawy psychopatologiczne są pierwotne, a nie wywołane użyciem substancji/leku. Do wyjątków pod tym względem zalicza się: (1) zaburzenia neuropoznawcze łagodne i większe wywołane substancją/lekiem: zgodnie z definicją, w tych zaburzeniach objawy poznawcze muszą się utrzymywać nadal po ustąpieniu ostrego zatrucia substancją, po zaprzestaniu jej przyjmowania lub po odstawieniu leku; (2) wywołane halucynogenem przewlekłe zmiany spostrzegania, które po zaprzestaniu używania substancji utrzymują się stale lub nawracają okresowo w tej samej postaci, w jakiej występowały w okresie zatrucia (np. omamy geometryczne, kolorowe błyski, powidoki poruszających się obiektów, nimb wokół przedmiotów). Według kryteriów DSM-5, jeśli objawy psychiatryczne znikają w okresie do jednego miesiąca po ustąpieniu ostrego zatrucia albo po odstawieniu substancji lub leku, to można przyjąć, że zostały one wywołane substancją lub lekiem. Nim więc rozpozna się pierwotne zaburzenie psychiczne, konieczne jest odczekanie jednego całego miesiąca. Jest to jednak tylko wskazówka, którą można się kierować, nie pomijając jednak wnikliwej oceny całości stanu klinicznego. Niekiedy, w zależności od sytuacji, okres obserwacji można wydłużyć lub skrócić, zwłaszcza wtedy, gdy nie ma obaw co do fałszywie pozytywnego lub fałszywie negatywnego wyniku oceny związku pomiędzy obrazem klinicznym a użyciem substancji/leku. Niektórzy klinicyści, zwłaszcza pracujący w ośrodkach leczenia odwykowego, najbardziej obawiają się błędnego przypisania zmian wywołanych przez substancję/lek zaburzeniu pierwotnemu, a więc niewywołanemu używaniem substancji. Z tego powodu przed rozpoznaniem pierwotnego zaburzenia psychotycznego zlecają przeprowadzenie sześć-, ośmiotygodniowej obserwacji z zapewnieniem abstynencji. Z kolei klinicyści z ośrodków opieki psychiatrycznej mogą obawiać się, że wobec szerokiego rozpowszechnienia używania substancji wśród pacjentów zgłaszających się do leczenia psychiatrycznego tak długi okres wyczekiwania jest niepraktyczny i może grozić zbyt częstym rozpoznawaniem zaburzeń wywołanych substancją, a za rzadkim pierwotnych zaburzeń psychicznych. Trzeba też przyznać, że wymagany dla wszystkich substancji i leków przedział jednego miesiąca nie może być w pełni przestrzegany, szczególnie gdy w grę wchodzi bardzo różnorodne substancje

Proces diagnostyczny wymaga umiejętności uzyskania informacji od pacjenta, rozpoznania objawów i ustalenia ich wzorca, określenia możliwych przyczyn oraz ostatecznego ustalenia odpowiedniej diagnozy. Doświadczeni specjaliści z zakresu zdrowia psychicznego wiedzą, że rozpoznanie różnicowe jest sztuką, ale też złożoną umiejętnością naukową, dlatego chętnie sięgają po narzędzia, które je wspomagają.

DSM-5® Podręcznik diagnostyki różnicowej służy pomocą w rozwijaniu umiejętności niezbędnych do opracowania kompleksowego rozpoznania różnicowego. W książce przedstawiono rozmaite metody postępowania, w tym sześć etapów schematu diagnostycznego, 29 drzew decyzyjnych oraz 66 tabel diagnostyki różnicowej do wykorzystania po ustaleniu wstępnego rozpoznania. Podręcznik opiera się na klasyfikacji DSM-5, ułatwia kodowanie i prezentuje wszystkie rozpoznania DSM-5, które należy wziąć pod uwagę przy opracowaniu diagnostyki różnicowej.

Publikacja *DSM-5® Podręcznik diagnostyki różnicowej* przedstawia podejście uwzględniające złożoność ludzkiej osobowości oraz użyteczność strukturalną klasyfikacji DSM-5. Będzie niezwykle przydatna dla wszystkich, którzy stoją przed tym zasadniczym wyzwaniem diagnostyki psychiatrycznej, jakim jest rozpoznanie różnicowe.

Michael B. First jest profesorem psychiatrii klinicznej na Columbia University oraz pracownikiem naukowym Katedry Fenomenologii Klinicznej w New York State Psychiatric Institute w Nowym Jorku.

AMERICAN
PSYCHIATRIC
ASSOCIATION
PUBLISHING



www.appi.org

ISBN 978-83-65373-53-3



9 788365 373533

www.edraurban.pl