

American Psychiatric Association

ZABURZENIA DEPRESYJNE

DSM-5
SELECTIONS

Redaktor wydania polskiego

Janusz Heitzman

edra
URBAN & PARTNER

ZABURZENIA DEPRESYJNE

DSM-5
SELECTIONS

ZABURZENIA DEPRESYJNE



American Psychiatric Association

Redakcja wydania polskiego
Janusz Heitzman



Tytuł oryginału: *Depressive Disorders: DSM-5® Selections*

Copyright © 2016 American Psychiatric Association

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

First Published in the United States by American Psychiatric Association Publishing, Arlington, VA. Copyright © 2016. All rights reserved.

Pierwsza publikacja w Stanach Zjednoczonych: American Psychiatric Association Publishing, Arlington, VA. Copyright ©2016. 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 Depressive Disorders: DSM-5® Selections (copyright 2016) 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 *Depressive Disorders: DSM-5® Selections* (copyright © 2016) 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 błędy, pominięcia czy inne wady wydania polskiego.

ISBN 978-1-61537-010-8

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.

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 2017

Redakcja naukowa I wydania polskiego:
prof. dr hab. med. Janusz Heitzman

Tłumaczenie z języka angielskiego:
mgr Robert Andruszko

W książce wykorzystano tłumaczenie kryteriów diagnostycznych z publikacji:

Kryteria diagnostyczne z DSM-5®, Desk Reference, American Psychiatric Association; wydanie I polskie Edra Urban & Partner, Wrocław 2015; redakcja naukowa: prof. dr hab. Piotr Gałęcki, prof. dr hab. Łukasz Świącicki; tłumaczenie: lek. Piotr Sebastian Krawczyk.

Prezes Zarządu: Giorgio Albonetti
Dyrektor wydawniczy: lek. med. Edyta Błażejewska
Redaktor tekstu: Lidia Kwiecień
Redaktor prowadzący: Renata Wręczycka

ISBN 978-83-65195-12-0

Edra Urban & Partner
ul. Kościuszki 29, 50-011 Wrocław
tel.: 71 726 38 35

biuro@edraurban.pl
www.edraurban.pl

Łamanie i przygotowanie do druku: Marta Radlak

Spis treści

Wprowadzenie do serii <i>DSM-5® Selections</i>	vii
Przedmowa	ix
DSM-5® Zaburzenia depresyjne – kody ICD-9-CM i ICD-10-CM	xiii
Zaburzenia depresyjne w DSM-5®.	1
Zaburzenia depresyjne w DSM-5®. Przewodnik	49
Zaburzenia depresyjne w DSM-5®. Przypadki kliniczne	73
Zaburzenia depresyjne w DSM-5®. Sprawdzian wiedzy – pytania	109
Zaburzenia depresyjne w DSM-5®. Sprawdzian wiedzy – odpowiedzi	121

Przedmowa

ZABURZENIA DEPRESYJNE należą do najbardziej rozpowszechnionych kategorii zaburzeń psychicznych. Jeśli chodzi o konkretne zaburzenia depresyjne, rozpowszechnienie życiowe większego zaburzenia depresyjnego wynosi około 16%, a rozpowszechnienie miesięczne tego zaburzenia sięga 6%. DSM-5 uwzględnia osiem różnych zaburzeń depresyjnych, każde z własnymi kryteriami diagnostycznymi. Chociaż większe zaburzenie depresyjne zaczyna się od pojedynczego epizodu, to u 50% pacjentów dojdzie do nawrotu przed upływem roku, a aż 85% doświadczy nawrotu w ciągu swego życia. Większe zaburzenie depresyjne zwykle trwa około 6 miesięcy, przy czym 20% epizodów przechodzi w stan przewlekły. Rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych jest większe wśród kobiet. Ponadto próby samobójcze również częściej występują u kobiet, ale ryzyko popełnienia samobójstwa jest w tej grupie niższe.

Możliwość zachowań samobójczych należy zbadać u wszystkich pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi, niezależnie od ich rodzaju. Chociaż jednym z najczęściej opisywanych czynników w wywiadzie są próby samobójcze, większość dokonanych samobójstw nie jest poprzedzona próbami. W konsekwencji niezwykle ważne jest przeprowadzenie dokładnej oceny pacjenta z zaburzeniem depresyjnym w celu wykluczenia myśli lub zachowań samobójczych.

Istnieje wiele stanów ogólnomedycznych, które są powiązane z zaburzeniem depresyjnym; są to nowotwór, udar, zawał mięśnia sercowego i ciąża. Jedno z zaburzeń depresyjnych występuje w dzieciństwie (dezorganizujące zaburzenie regulacji nastroju), a drugie jest powiązane z cyklem menstruacyjnym kobiety (przedmenstruacyjne zaburzenie dysforyczne). Inne rodzaje zaburzeń depresyjnych są wywoływane substancją bądź lekiem lub są spowodowane stanem ogólnomedycznym.

Wreszcie spotyka się ostre i ciężkie epizody depresji, takie jak większe zaburzenie depresyjne, oraz przewlekłe, łagodne zaburzenia charakteryzujące się depresyjnym nastrojem, który utrzymuje się co najmniej 2 lata. Różnorodność tych stanów sprawia, że trudno wyciągać jakiegokolwiek ogólne wnioski poza tym, że każde zaburzenie depresyjne jest powiązane z objawami depresyjnymi o zmiennej ciężkości.

Zmiany dokonane w kryteriach diagnostycznych zaburzeń depresyjnych zostały wymienione poniżej. Nie ma to być w zamierzeniu wyczerpujący przewodnik po zmianach wprowadzonych w DSM-5 – nie opisano w nim drobnych zmian językowych służących zwiększeniu przejrzystości tekstu. Część I DSM-5 zawiera pełny opis zmian dotyczących układu rozdziałów w DSM-5, opis systemu wieloosiowego oraz wprowadzenia ocen wymiarowych.

Zaadaptowano z McInnis M.G., Riba M., Greden J.F., Depressive Disorders, [w:] Hales R.E., Yudofsky S.C., Roberts L.W. (red.), American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry (wyd. 6), American Psychiatric Publishing, Washington, DC, 2014, s. 353–389.

Najważniejsze zmiany w DSM-5 w porównaniu z DSM-IV-TR

DSM-5 zawiera kilka nowych zaburzeń depresyjnych, w tym Dezorganizujące zaburzenie regulacji nastroju i Przedmenstruacyjne zaburzenie dysforyczne. Ze względu na obawy odnoszące się do potencjalnej nadrozpoznawalności i niepotrzebnego leczenia Zaburzenia (afektywnego) dwubiegunowego u dzieci, dodano nowe rozpoznanie: Dezorganizujące zaburzenie regulacji nastroju, dotyczące dzieci w wieku do 18 lat, które przejawiają uporczywą drażliwość i częste epizody skrajnego osłabienia kontroli behawioralnej. Na podstawie mocnych dowodów naukowych Przedmenstruacyjne zaburzenie dysforyczne zostało przeniesione z Dodatku B w DSM-IV „Kryteria i osie przedstawione do dalszych badań” do głównej części DSM-5. Wreszcie DSM-5 ujmuje przewlekłe postacie depresji w sposób nieco zmodyfikowany. To, co w DSM-IV było określane jako dystymia, teraz podpada pod kategorię Uporczywego zaburzenia depresyjnego, która obejmuje zarówno Przewlekłe większe zaburzenie depresyjne, jak i Wcześniejsze zaburzenie dystymiczne. Niemożność znalezienia ważnych naukowo różnic między tymi dwoma zaburzeniami doprowadziła do ich połączenia z uwzględnieniem uszczegółowień, które mają służyć wskazaniu różnych dróg dochodzenia do rozpoznania i zapewnieniu ciągłości z DSM-IV.

Większe zaburzenie depresyjne

Nie uległy zmianie w stosunku do DSM-IV ani podstawowe objawy kryterialne istotne dla diagnozy epizodu Większego zaburzenia depresyjnego, ani wymagany czas trwania wynoszący co najmniej 2 tygodnie. Kryterium A epizodu Większego zaburzenia depresyjnego w DSM-5 jest identyczne z odpowiednim kryterium w DSM-IV, podobnie jak wymóg klinicznie istotnego cierpienia lub upośledzenia funkcjonowania społecznego, zawodowego bądź w innych ważnych dziedzinach życia, choć jest on obecnie wymieniony jako kryterium B, a nie C. Współistnienie w obrębie epizodu Większego zaburzenia depresyjnego co najmniej trzech objawów maniakalnych (niewystarczających do spełnienia kryteriów epizodu maniakalnego) potwierdza się obecnie za pomocą uszczegółowienia z *objawami mieszаныmi*. Obecność objawów mieszanych w epizodzie Większego zaburzenia depresyjnego zwiększa prawdopodobieństwo, że choroba należy do spektrum Zaburzeń (afektywnych) dwubiegunowych; jeśli jednak dana osoba nigdy nie miała objawów, które spełniały kryteria epizodu maniakalnego lub hipomaniakalnego, diagnoza Większego zaburzenia depresyjnego zostaje utrzymana.

Wykluczenie dotyczące żałoby

W DSM-IV dla epizodu Większego zaburzenia depresyjnego istniało kryterium wykluczające, które odnosiło się do objawów depresji trwających krócej niż 2 miesiące w następstwie śmierci bliskiej osoby (tzn. wykluczenie dotyczące żałoby). Wykluczenie

to zostało pominięte w DSM-5 z kilku powodów. Po pierwsze, chodziło o to, aby nie sugerować, że żałoba zwykle trwa tylko 2 miesiące, skoro zarówno lekarze, jak i psychoterapeuci uznają, że czas trwania żałoby częściej wynosi 1–2 lat. Po drugie, żałoba jest uznawana za silny stresor psychospołeczny, który może wyzwolić większy epizod depresyjny u podatnej osoby, zwykle rozpoczynający się zaraz po stracie. Gdy Większe zaburzenie depresyjne występuje w kontekście żałoby, stwarza ono dodatkowe ryzyko cierpienia, poczucia braku własnej wartości, pojawienia się myśli samobójczych, pogorszenia stanu zdrowia somatycznego oraz gorszego funkcjonowania interpersonalnego i zawodowego, a także wyższe ryzyko uporczywej złożonej żałoby, która jest teraz opisana z jasno sprecyzowanymi kryteriami jako jedno z zaburzeń do dalszego zbadania w części III DSM-5. Po trzecie, wystąpienie większej depresji związanej z żałobą jest najbardziej prawdopodobne u osób z epizodami Większego zaburzenia depresyjnego w wywiadzie indywidualnym i rodzinnym. Jest ona uwarunkowana genetycznie i powiązana z podobnymi cechami osobowości, wzorcami współwystępowania zaburzeń i ryzykiem przewlekłości lub nawrotów, jak niezwiązane z żałobą epizody Większego zaburzenia depresyjnego. Wreszcie depresyjne objawy występujące w depresji związanej z żałobą są podatne na te same metody leczenia psychospołecznego i farmakologicznego, co depresja niezwiązana z żałobą. W kryteriach Większego zaburzenia depresyjnego uproszczone wykluczenie zamieszczone w DSM-IV zastąpiono szczegółowym przypisem, który ma pomóc klinicytom w przeprowadzeniu krytycznego rozróżnienia między objawami charakterystycznymi dla żałoby a objawami epizodu większego zaburzenia depresyjnego. A zatem, chociaż większość ludzi po stracie ukochanej osoby doświadcza żałoby, która nie prowadzi do rozwoju epizodu Większego zaburzenia depresyjnego, dowody nie przemawiają za oddzieleniem utraty bliskiej osoby od innych stresorów, jeśli chodzi o prawdopodobieństwo wyzwolenia przez nią epizodu Większego zaburzenia depresyjnego lub względne prawdopodobieństwo, że objawy ulegną spontanicznej remisji.

Uszczegółowienia dotyczące zaburzeń depresyjnych

Decydujące znaczenie w psychiatrii mają tendencje samobójcze. Klinicysta otrzymuje zatem wskazówki do oceny myśli lub planów samobójczych i innych czynników ryzyka w celu określenia wagi zapobiegania samobójstwu w planie leczenia danego pacjenta. Do zaburzeń zarówno (afektywnych) dwubiegunowych, jak i depresyjnych dodano nowe uszczegółowienie wskazujące na obecność objawów mieszanych, przez co dopuszczono możliwość występowania objawów maniakałnych u osób z rozpoznaniem depresji jednobiegunowej. Znaczna liczba badań przeprowadzonych w ciągu ostatnich dwóch dekad wskazuje na istotne dla rokowania i podejmowania decyzji dotyczących leczenia znaczenie lęku. Uszczegółowienie dotyczące *niepokoju* daje klinicyście możliwość oceny ciężkości dolegliwości lękowych u wszystkich osób z zaburzeniami (afektywnymi) dwubiegunowymi lub depresyjnymi.

DSM-5[®]

Zaburzenia depresyjne – kody ICD-9-CM i ICD-10-CM

Zaburzenie	ICD-9-CM	ICD-10-CM
Dezorganizujące zaburzenie regulacji nastroju	296.99	F34.8
Większe zaburzenie depresyjne	zob. tabela poniżej	
Uporczywe zaburzenie depresyjne (dystymia)	300.4	F34.1
Przedmiesiączkowe zaburzenie dysforyczne	625.4	N94.3
Zaburzenie depresyjne wywołane substancją lub lekiem	zob. tabela poniżej	
Zaburzenie depresyjne spowodowane stanem ogólnomedycznym	293.83	
Z objawami depresyjnymi		F06.31
Z epizodami podobnymi do epizodów większego zaburzenia depresyjnego		F06.32
Z objawami mieszanymi		F06.34
Inne określone zaburzenie depresyjne	311	F32.8
Nieokreślone zaburzenie depresyjne	311	F32.9

Większe zaburzenie depresyjne

Uszczegółowienie ciężkości i przebiegu	Pojedynczy epizod	Epizod nawracający*
Łagodne [DSM-5]	296.21 (F32.0)	296.31 (F33.0)
Umiarkowane [DSM-5]	296.22 (F32.1)	296.32 (F33.1)
Ciężkie [DSM-5]	296.23 (F32.2)	296.33 (F33.2)
Z objawami psychotycznymi** [DSM-5]	296.24 (F32.3)	296.34 (F33.3)
W częściowej remisji [DSM-5]	296.25 (F32.4)	296.35 (F33.41)
W pełnej remisji [DSM-5]	296.26 (F32.5)	296.36 (F33.42)
Nieokreślone	296.20 (F32.9)	296.30 (F33.9)

*Za nawrót epizodu uważa się wystąpienie kolejnego epizodu po co najmniej 2-miesięcznej przerwie, podczas której objawy nie spełniają kryteriów epizodu Większego zaburzenia depresyjnego. Definicje poszczególnych uszczegółowień można znaleźć na wskazanych stronach.

** Jeśli występują objawy psychotyczne, należy stosować uszczegółowienie „z objawami psychotycznymi” niezależnie od ciężkości epizodu.

Zaburzenie depresyjne wywołane substancją lub lekiem

	ICD-9-CM	ICD-10-CM		
		z zaburzeniem używania łagodnym	z zaburzeniem używania umiarkowanym lub ciężkim	bez zaburzenia używania
Alkohol	291.89	F10.14	F10.24	F10.94
Fencyklidyna	292.84	F16.14	F16.24	F16.94
Inne substancje halucynogenne	292.84	F16.14	F16.24	F16.94
Substancja wziewna	292.84	F18.14	F18.24	F18.94
Opioidy	292.84	F11.14	F11.24	F11.94
Leki uspokajające, nasenne lub przeciwłękowe	292.84	F13.14	F13.24	F13.94
Amfetamina (lub inny stymulant)	292.84	F15.14	F15.24	F15.94
Kokaina	292.84	F14.14	F14.24	F14.94
Inna (lub nieznaną) substancja	292.84	F19.14	F19.24	F19.94

Zaburzenia depresyjne w DSM-5[®]

Klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, wydanie piąte

DO ZABURZEŃ DEPRESYJNYCH należą: Dezorganizujące zaburzenie regulacji nastroju, Większe zaburzenie depresyjne (w tym epizod Większego zaburzenia depresyjnego), Uporczywe zaburzenie depresyjne (dystymia), Przedmiesiączkowe zaburzenie dysforyczne, Zaburzenie depresyjne wywołane substancją lub lekiem, Zaburzenie depresyjne spowodowane stanem ogólnomedycznym, Inne określone zaburzenie depresyjne oraz Nieokreślone zaburzenie depresyjne. W odróżnieniu od DSM-IV, rozdział „Zaburzenia depresyjne” oddzielono od poprzedniego rozdziału „Zaburzenia (afektywne) dwubiegunowe i inne z nimi związane”. Wspólną cechą wszystkich tych zaburzeń jest obecność smutku, poczucia pustki lub drażliwości, którym towarzyszą zmiany somatyczne i poznawcze wpływające znacząco na zdolność jednostki do funkcjonowania. Różnice między nimi dotyczą kwestii czasu trwania, momentu wystąpienia lub domniemanej etiologii.

Ze względu na obawy o możliwość nadrozpoznowalności i leczenia Zaburzenia (afektywnego) dwubiegunowego u dzieci, do zaburzeń depresyjnych dodano nowe rozpoznanie: Dezorganizujące zaburzenie regulacji nastroju, odnoszące się do obrazu klinicznego dzieci z uporczywą drażliwością i częstymi epizodami skrajnego osłabienia kontroli behawioralnej i przeznaczone dla dzieci w wieku do 12 lat. Umieszczenie go w tym rozdziale wynika z ustalenia, że u dzieci z tym wzorcem objawów, w miarę ich dojrzewania i wchodzenia w okres adolescencji i dorosłości, zazwyczaj rozwijają się jednobiegunowe zaburzenia depresyjne lub zaburzenia lękowe, a nie zaburzenia (afektywne) dwubiegunowe.

Klasyczną kategorię w tej grupie zaburzeń stanowi Większe zaburzenie depresyjne. Charakteryzuje się odrębnymi epizodami, trwającymi co najmniej 2 tygodnie (choć większość epizodów trwa znacznie dłużej), pociągającymi za sobą wyraźne zmiany w zakresie afektu, poznania i funkcji neurovegetatywnych oraz oddzielnymi remisjami. Diagnoza oparta na pojedynczym epizodzie jest możliwa, chociaż w większości przypadków zaburzenie to ma charakter nawracający. Dużą wagę przykładają się do odróżnienia prawidłowego smutku i żalu od epizodu Większego zaburzenia depresyjnego. Żałoba może spowodować poważne cierpienie, ale zazwyczaj nie wywołuje epizodu Większego zaburzenia depresyjnego. Kiedy faktycznie występują one razem, objawy depresyjne i upośledzenie funkcjonowania są na ogół cięższe, a rokowanie jest gorsze w porównaniu

z żalobą, której nie towarzyszy większe zaburzenie depresyjne. Depresja związana z żalobą na ogół występuje u osób z podatnością na inne zaburzenia depresyjne; w tym przypadku zastosowanie leków przeciwdepresyjnych może ułatwić powrót do zdrowia.

Bardziej przewlekłą postacią depresji, czyli Uporczywe zaburzenie depresyjne (dystymię), można rozpoznać, gdy zakłócenie nastroju trwa co najmniej 2 lata u osób dorosłych lub 1 rok u dzieci. Rozpoznanie to, wprowadzone po raz pierwszy w DSM-5, obejmuje dwie kategorie diagnostyczne z DSM-IV: Przewlekłe większe zaburzenie depresyjne i Dystymię.

W wyniku starannego naukowego przeglądu dowodów przedmenstruacyjne zaburzenie dysforyczne zostało przeniesione z Dodatku w DSM-IV („Kryteria i osie przedstawione w celu dalszych badań”) do części II DSM-5. Prowadzone przez prawie 20 lat dodatkowe badania nad tym stanem potwierdziły, że jest to swoista i podatna na leczenie postać zaburzeń depresyjnych, która rozpoczyna się w jakimś momencie po owulacji i ulega remisji w ciągu kilku dni po wystąpieniu menstruacji oraz ma znaczący wpływ na funkcjonowanie.

Ze zjawiskami przypominającymi depresję można powiązać dużą liczbę nadużywanych substancji, niektóre leki dostępne na receptę oraz kilka stanów ogólnomedycznych. Znajduje to odzwierciedlenie w rozpoznaniach Zaburzenia depresyjnego wywołanego substancją bądź lekiem i Zaburzenia depresyjnego spowodowanego stanem ogólnomedycznym.

Dezorganizujące zaburzenie regulacji nastroju

Kryteria diagnostyczne

296.99 (F34.8)

- A. Ciężkie nawracające wybuchy gniewu, okazywanego werbalnie (agresja słowna) lub poprzez zachowanie (agresja słowna skierowana przeciwko innej osobie lub własności), których intensywność lub czas trwania są wyraźnie nieadekwatne w stosunku do sytuacji lub prowokacji.
- B. Wybuchy gniewu są niespójne z poziomem rozwoju danej osoby.
- C. Wybuchy gniewu występują średnio co najmniej trzy razy w tygodniu.
- D. Nastroj między wybuchami gniewu jest przeważnie przewlekłe drażliwy przez większą część dnia, niemal każdego dnia, co jest możliwe do zaobserwowania przez inne osoby (np. rodziców, nauczycieli, rówieśników).
- E. Kryteria A–D utrzymują się przez co najmniej 12 miesięcy. W tym czasie nie występują okresy bezobjawowe, trwające 3 miesiące lub dłużej.
- F. Kryteria A oraz D są spełnione w przynajmniej dwóch spośród trzech sytuacji (tzn. w domu, w szkole, wśród rówieśników), a ich nasilenie jest ciężkie w przynajmniej jednej z tych sytuacji.
- G. Rozpoznanie nie powinno być po raz pierwszy ustalone przed 6 rokiem życia i po 18 roku życia.

- H. Na podstawie danych z wywiadów lub z obserwacji można stwierdzić, że początek objawów z Kryteriów A–E przypada przed 10 rokiem życia.
- I. Dotychczas nigdy nie wystąpił okres, trwający dłużej niż jeden dzień, w trakcie którego spełnione były wszystkie kryteria objawowe, z wyjątkiem kryterium czasowego rozpoznania epizodu manii lub hipomanii.

Uwaga: Właściwe z punktu widzenia rozwojowego podwyższenie nastroju, jakie pojawia się w reakcji na pozytywne wydarzenie lub w oczekiwaniu na nie, nie powinno być postrzegane jako objaw manii lub hipomanii.

- J. Opisane zachowania nie pojawiają się wyłącznie w trakcie epizodu Większego zaburzenia depresyjnego, a ich występowanie nie może być lepiej wyjaśnione innym zaburzeniem psychicznym (np. Zaburzeniem należącym do spektrum autyzmu, Zaburzeniem stresowym pourazowym, Separacyjnym zaburzeniem lękowym, Uporczywym zaburzeniem depresyjnym [dystymią]).

Uwaga: Rozpoznanie to nie może współwystępować z Zaburzeniem opozycyjno-buntowniczym, Okresowym zaburzeniem eksplozywnym lub Zaburzeniem (afektywnym) dwubiegunowym. Może jednak współwystępować z innymi zaburzeniami, w tym z Większym zaburzeniem depresyjnym, Zaburzeniem z deficytem uwagi i nadaktywnością, Zaburzeniem zachowania i Zaburzeniami używania substancji. W przypadku osób, u których spełnione są kryteria zarówno Dezorganizującego zaburzenia regulacji nastroju, jak i Zaburzenia opozycyjno-buntowniczego, ustalać należy rozpoznanie Dezorganizującego zaburzenia regulacji nastroju. W przypadku rozpoznania epizodu maniakalnego lub hipomaniakalnego w wywiadzie nie należy stosować rozpoznania Dezorganizującego zaburzenia regulacji nastroju.

- K. Objawy nie są wywołane fizjologicznym działaniem substancji ani innym stanem ogólnomedycznym lub stanem neurologicznym.

Cechy diagnostyczne

Podstawową cechą Dezorganizującego zaburzenia regulacji nastroju jest przewlekła, nasilona i uporczywa drażliwość. Ta nasilona drażliwość ma dwa wyraźne kliniczne przejawy, z których pierwszym są częste wybuchy gniewu. Wybuchy te zwykle występują w reakcji na frustrację i mogą mieć charakter werbalny lub behawioralny (te ostatnie przybierają formę agresji przeciwko mieniu, samemu sobie lub innym). Muszą one występować często (tzn. średnio co najmniej trzy razy w tygodniu) (kryterium C) przez co najmniej 1 rok, w co najmniej dwóch środowiskach (kryteria E i F), np. w domu i w szkole, i muszą być niewłaściwe z rozwojowego punktu widzenia (kryterium B). Drugim przejawem nasilonej drażliwości jest przewlekły, uporczywie drażliwy lub zły nastrój, który utrzymuje się między poważnymi wybuchami gniewu. Ten drażliwy lub zły nastrój musi być charakterystyczny dla dziecka – musi być obecny przez większość dnia, prawie codziennie i zauważalny dla innych w otoczeniu dziecka (kryterium D).

Obraz kliniczny Dezorganizującego zaburzenia regulacji nastroju należy starannie odróżnić od obrazu klinicznego innych, powiązanych z nim zaburzeń, szczególnie Zaburzenia (afektywnego) dwubiegunowego u dzieci. W istocie Dezorganizujące zaburzenie

regulacji nastroju zostało dodane do DSM-5 ze względu na poważne obawy dotyczące właściwej klasyfikacji i leczenia dzieci, które przejawiają przewlekłą, uporczywą drażliwość, w porównaniu z dziećmi, które mają klasyczne (tzn. epizodyczne) zaburzenie (afektywne) dwubiegunowe.

Niektórzy badacze uważają nasiloną, nieepizodyczną drażliwość za cechę charakterystyczną Zaburzenia (afektywnego) dwubiegunowego u dzieci, chociaż zarówno w DSM-IV, jak i DSM-5 warunkiem zakwalifikowania się do diagnozy Zaburzenia (afektywnego) dwubiegunowego typu I są wyraźne epizody manii lub hipomanii zarówno w przypadku dzieci, jak i osób dorosłych. W ciągu ostatnich dziesięcioleci XX wieku to twierdzenie badaczy, że nasiloną, nieepizodyczną drażliwość jest przejawem manii u dzieci, zbiegło się ze wzrostem liczby zaburzeń (afektywnych) dwubiegunowych rozpoznawanych przez klinicystów u ich młodocianych pacjentów. Wydaje się, że ten gwałtowny wzrost liczby rozpoznań można przypisać temu, że klinicyści połączyli co najmniej dwa obrazy kliniczne w jedną kategorię. Oznacza to, że zarówno klasyczne, epizodyczne obrazy kliniczne manii, jak i nieepizodyczne obrazy kliniczne nasilonej drażliwości otrzymują u dzieci etykietę Zaburzenia (afektywnego) dwubiegunowego. W DSM-5 określenie *zaburzenie (afektywne) dwubiegunowe* jest wyraźnie zastrzeżone dla epizodycznego obrazu klinicznego objawów (afektywnych) dwubiegunowych. DSM-IV nie zawierała rozpoznania przeznaczonego dla osób młodocianych, których charakterystyczne objawy obejmowały bardzo nasiloną, nieepizodyczną drażliwość, natomiast w DSM-5 zapewniono odrębną kategorię dla takich obrazów klinicznych wraz z włączeniem Dezorganizującego zaburzenia regulacji nastroju.

Rozpowszechnienie

Dezorganizujące zaburzenie regulacji nastroju jest często spotykane wśród dzieci kierowanych do poradni zdrowia psychicznego. Szacunki rozpowszechnienia tego zaburzenia w środowisku są niepewne. Biorąc pod uwagę wskaźniki przewlekłej i nasilonej uporczywej drażliwości, która jest podstawową cechą tego zaburzenia, całkowite rozpowszechnienie Dezorganizującego zaburzenia regulacji nastroju wśród dzieci i młodzieży, mierzone w okresie od 6 do 12 miesięcy, prawdopodobnie mieści się w zakresie 2–5%. Oczekuje się jednak, że odsetek ten będzie wyższy u chłopców i dzieci w wieku szkolnym niż u dziewcząt i adolescentów.

Rozwój i przebieg

Początek objawów Dezorganizującego zaburzenia regulacji nastroju musi wystąpić przed 10. rokiem życia, a rozpoznania tego nie należy stawiać u dzieci w wieku rozwojowym poniżej 6 lat. Nie wiadomo, czy zaburzenie to przejawia się tylko w tym ograniczonym wiekowo okresie. Ponieważ objawy Dezorganizującego zaburzenia regulacji nastroju mogą zmieniać się w miarę dojrzewania dzieci, użycie tego rozpoznania powinno być ograniczone do grup wiekowych podobnych do tych, w których ustalono trafność rozpoznania (7–18 lat). U mniej więcej połowy dzieci z nasiloną, przewlekłą

Zaburzenia depresyjne to kolejna pozycja z serii *DSM-5® Selections*, publikacji książkowych, z których każda jest poświęcona zaburzeniom opisanym całościowo w *DSM-5® Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.

W niniejszej części omówiono proces rozpoznawania zaburzeń depresyjnych. Książka jest bezcennym uzupełnieniem innych tytułów z serii *DSM-5® Selections*, a także stanowi istotny wkład w rozwój wiedzy z zakresu zdrowia psychicznego.

Treść publikacji opiera się na starannie wybranym materiale dotyczącym zaburzeń depresyjnych, który zaczerpnięto z:

- podręcznika *DSM-5® Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, wyd. V (DSM-5® Diagnostyka i statystyka zaburzeń psychicznych)
- *DSM-5® Guidebook* (Przewodnik po DSM-5®)
- *DSM-5® Clinical Cases* (Przypadki kliniczne według DSM-5®)
- *DSM-5® Self-Exam Questions* (Pytania do samodzielnego sprawdzania wiadomości według DSM-5® – Przewodnik z pytaniami i odpowiedziami)

AMERICAN
PSYCHIATRIC
ASSOCIATION
PUBLISHING



www.appi.org

ISBN 978-83-65625-12-0



788365 625 120

www.edraurban.pl