

# Współczesne klasyfikacje zaburzeń afektywnych<sup>1</sup>

## Contemporary classifications of affective disorders

JACEK WCIÓRKA

Z I Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

**STRESZCZENIE.** *Praca omawia podstawowe zasady klasyfikowania zaburzeń afektywnych w systemach ICD-10 i DSM-IV oraz przytacza i porównuje kategorie diagnostyczne definiowane w obu tych systemach.*

**SUMMARY.** *Basic principles of affective disorders classification under ICD-10 and DSM-IV are discussed. Moreover, diagnostic categories as defined in both these systems are compared.*

---

**Słowa kluczowe:** zaburzenia afektywne / klasyfikacja / ICD-10 / DSM-IV  
**Key words:** affective disorders / classification / ICD-10 / DSM-IV

---

Rozpoznawanie i klasyfikowanie grupy zaburzeń afektywnych nie jest, jak dotąd, wspomagane przez jasne wskazówki etiopatogenetyczne, umożliwiające proste, przejrzyste i zewnętrznie trafne zasady diagnostyczne. W tej sytuacji znaczenia nabierają uzgodnienia ekspertów, którzy na podstawie badań empirycznych i klinicznych proponują zalecane lub obowiązujące wskazówki i ustalenia [por. 16]. Rolę tę pełnią wspólnie dwa wielkie systemy diagnostyczne: klasyfikacja ICD-10 przygotowana przez Światową Organizację Zdrowia [6], oraz klasyfikacja DSM-IV opracowana przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne [1].

W obu przypadkach systemy te opracowano wychodząc z podobnych podstaw metodologicznych. Przygotowano je w toku wieloletnich uzgodnień i po badaniach terenowych [6, 9], zaplanowanych szczególnie szeroko (przez wiele regionów geograficznych i tradycji psychopatologicznych) w przy-

padku ICD-10 [6]. Grupy ekspertów przynajmniej częściowo pokrywały się ze sobą. Niewątpliwie jednak ostateczny kształt klasyfikacji odzwierciedla nieco inne źródła i tematy – bardziej amerykańskie w przypadku DSM-IV, a bardziej europejskie (lub międzynarodowe) w przypadku ICD-10. Opracowanie to przedstawia i porównuje zasady klasyfikacji zaburzeń afektywnych proponowane przez te dwa systemy. Przytaczane zestawienia obejmują zoperacjonalizowane kryteria diagnostyczne zawarte w podręcznikach DSM-IV [1] oraz ICD-10 (wersja: *Badawcze kryteria diagnostyczne*) [7]. Zaprezentowane tłumaczenia mają charakter wstępny i w toku prac nad ostatecznymi przekładami mogą zyskać nieco inną postać.

## ZASADY PODSTAWOWE

Najogólniej (tabl. 1) można powiedzieć, że – zgodnie z przyjętą ateoretyczną, empiryczną postawą metodologiczną – oba systemy (ICD-10 i DSM-IV) jako podstawę do klasyfikowania zespołów afektywnych proponują raczej drobiazgowy ich opis niż przesłanki patogenetyczne. Dlatego pierwszym krokiem

---

<sup>1</sup> Wykład dla ordynatorów oddziałów psychiatrycznych (Konferencja *Standardy psychiatrii: zaburzenia afektywne* – 26.03.1997 r., CMKP, Warszawa).

w klasyfikowaniu jest ustalenie fenomenologii epizodu afektywnego (typ: depresyjny, maniakałny czy mieszany oraz ich nasilenie), drugim – ocena cech przebiegu (występowanie nawrotów, dwubiegunowości, czas trwania), a dopiero trzecim – wskazanie pewnych cech szczegółowych, między innymi takich, w których mogłyby się przejawiać uwarunkowania patogenetyczne (np. cechy melancholiczne/somatyczne, szybka zmiana faz, sezonowość, występowanie w połogu). Szczególną i, mimo obowiązujących ustaleń, kon-

trowersyjną pozycję zajmują przejawy nie-nasilonej, lecz utrwalonej niestabilności nastroju określane jako dystymia i cyklotymia (wg ICD-10: przewlekłe zaburzenia nastroju).

Zestawienie kategorii diagnostycznych w tabl. 1 akcentuje podobieństwo podstawowych pojęć i decyzji diagnostycznych w klasyfikacji zaburzeń afektywnych trzeba jednak zaznaczyć, że układ kategorii jest w obu systemach nieco inny. ICD-10 odróżnia jako podstawowe kategorie: epizody, zaburzenia nawracające i przewlekłe. Nato-

Tablica 1. Schemat rozpoznawania zaburzeń afektywnych w ICD-10 i DSM-IV.

ICD-10	DSM-IV
<b>(1) Fenomenologia (typ i nasilenie zespołu)</b>	
<b>depresyjny</b> ⇒ łagodny ⇒ umiarkowany ⇒ ciężkie niepsychotyczny ⇒ ciężkie psychotyczny  <b>hipomaniakałny</b> <b>maniakałny</b> ⇒ niepsychotyczny ⇒ psychotyczny  <b>mieszany</b>	<b>depresja większa (duża, major)</b> ⇒ łagodne ⇒ umiarkowane ⇒ ciężka niepsychotyczna ⇒ ciężka psychotyczna ⇒ częściowa remisja ⇒ pełna remisja ⇒ <i>depresja mniejsza (mała, minor)</i> <b>hipomania</b> <b>mania</b>  <b>mieszany</b>
<b>(2) Ocena przebiegu zaburzeń (występowanie nawrotów i dwubiegunowości, czas trwania)</b>	
<b>depresyjne nawracające</b> ...aktualne nasilenie? <b>dwubiegunowe</b> ⇒ II typ (DCR) ...aktualne: biegun, nasilenie? <b>depresja krótkotrwała nawracająca</b>	<b>depresyjne nawracające</b> ...aktualne nasilenie? <b>dwubiegunowe</b> ⇒ typ I ⇒ typ II ...aktualne: biegun, nasilenie? <b>depresja krótkotrwała nawracająca</b>
<b>(3) Inne szczegóły (w tym: patogenetyczne)</b>	
♦ <i>zaburzenia sezonowe</i> ♦ dwubiegunowe z szybką zmianą faz	♦ wzorzec sezonowy ♦ zaburzenia dwubiegunowe z szybką zmianą faz ♦ z cechami: katatonicznymi, atypowymi, przewlekłymi, w połogu
<b>(4) Utrwalenie (uporczywość zaburzeń)</b>	
<b>dystymia</b> <b>cyklotymia</b>	<b>dystymia</b> <b>cyklotymia</b>

Tablica 2. Podstawowe kategorie zaburzeń afektywnych w ICD-10 i DSM-IV

ICD-10	DSM-IV
<b>Epizod maniakalny</b> ⇨ nasilenie? <b>Zaburzenia afektywne dwubiegunowe</b> ⇨ aktualne nasilenie, biegun? <b>Epizod depresyjny</b> ⇨ nasilenie? <b>Zaburzenia depresyjne nawracające</b> ⇨ aktualne nasilenie? <b>Utrwalone zaburzenia afektywne</b> ◆ dystymia ◆ cyklotymia <b>Inne zaburzenia afektywne</b> <i>Niektóre epizody i nawroty mogą zyskiwać dodatkową charakterystykę</i>	<b>Zaburzenia depresyjne</b> ◆ większa (duża, major) depresja ⇨ pojedynczy epizod ⇨ nawracające ◆ dystymia <b>Zaburzenia afektywne dwubiegunowe</b> ◆ typ I ⇨ pojedynczy epizod ⇨ nawracające ◆ typ II ◆ cyklotymia <b>Inne zaburzenia afektywne</b> <i>Epizody i nawroty mogą zyskiwać dodatkową charakterystykę</i>

miast DSM-IV odróżnia przede wszystkim zaburzenia depresyjne i dwubiegunowe (typu I i II), a dopiero w ich obrębie: pojedyncze epizody, zaburzenia nawracające i utrwalone. Różnice te jednak wydają się raczej redakcyjne niż merytoryczne (tabl. 2).

## EPIZODY AFEKTYWNE

Oba porównywane systemy diagnostyczne odróżniają zespoły hipomaniakalne, maniakalne, depresyjne i mieszane.

### Zespoły hipomaniakalne

Stanowią w obu systemach wyodrębnioną, mniej nasiloną postać zespołu maniakalnego. Rozpoznanie wymaga stwierdzenia podwyższonego lub drażliwego nastroju trwającego co najmniej 4 dni oraz kilku (3–4) charakterystycznych, dość podobnych objawów spośród wymienionych siedmiu. DSM-IV wymaga ponadto stwierdzenia wyraźnej zmiany (lecz nie – ograniczenia) w funkcjonowaniu pacjenta. Oba systemy wymagają też analizy dość oczywistych kryteriów wykluczających (tabl. 3).

### Zespoły maniakalne

Opisywane są w obu systemach nieco inaczej. DSM-IV opisuje ogólnie zespół mania-

kalny (tabl. 4), a jego nasilenie jedynie po-  
 bieźnie, choć w sposób bardziej rozbudowa-  
 ny, bo obejmujący sześć stopni (tabl. 5).  
 ICD-10 charakteryzuje każdy z dwóch wy-  
 różnianych stopni nasilenia (niepsychotyczny,  
 psychotyczny) odrębnie i szczegółowo.  
 W obu przypadkach mania definiowana jest  
 jako trwający co najmniej 7 dni stan wzmo-  
 żonego lub drażliwego nastroju. Ponadto,  
 wymaganych jest kilka (3–4) charakte-  
 rystycznych objawów, których zestaw jest  
 w przypadku DSM-IV taki sam, jak dla  
 hipomanii, natomiast w przypadku ICD-10  
 – szerszy i inaczej sformułowany. Tak więc,  
 hipomanię od manii odróżnia wg ICD-10  
 obraz psychopatologiczny, a w przypadku  
 DSM-IV – wpływ stanu psychicznego na  
 funkcjonowanie pacjenta (w manii prowadzi  
 on do wyraźnego ograniczenia). Obecność  
 objawów psychotycznych definiuje w obu  
 systemach cięższą postać manii – wymagane  
 jest określenie czy objawy te mają charakter  
 syntymiczny (tj. spójny z nastrojem) czy nie.  
 Warto podkreślić, że oba systemy dopusz-  
 czają rozpoznanie zaburzeń afektywnych,  
 pomimo występowania niesyntymicznych  
 (niespójnych z nastrojem) objawów psycho-  
 tycznych. Rozpoznanie manii wymaga też  
 spełnienia dość oczywistych kryteriów wy-  
 kluczających.

Tablica 3. Kryteria diagnostyczne epizodów hipomaniakalnych

ICD-10	DSM-IV
<b>Epizod hipomaniakalny : czas trwania, objawy</b>	
<p>A. Podwyższony lub drażliwy nastrój, wyraźnie nieprawidłowy dla osoby, co najmniej przez 4 kolejne dni</p> <p>B. Co najmniej 3 z następujących, z zakłóceniem osobistego, codziennego funkcjonowania:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. wzmożona aktywność lub niepokój fizyczny</li> <li>2. wzmożona rozmowność</li> <li>4. zmniejszona potrzeba snu</li> <li>5. zwiększona energia seksualna</li> <li>6. lekki nadmiar wydatków lub inne lekkomyślne mało odpowiedzialne zachowania</li> <li>7. wzmożone uspołecznienie i brak dystansu</li> </ol>	<p>A. Okres trwale podwyższonego, ekspansywnego lub drażliwego nastroju, co najmniej przez 4 dni, wyraźnie odrębny od zwykłego nastroju niedepresyjnego</p> <p>B. Co najmniej 3 lub 4 (jeśli nastrój tylko drażliwy) utrzymujące się objawy spośród następujących:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. wzmożone samopoczucie, poczucie wyższości</li> <li>2. zmniejszona potrzeba snu</li> <li>4. gonitwa myśli lub subiektywne poczucie ich przyspieszenia</li> <li>5. odwracalność uwagi</li> <li>6. wzrost celowej aktywności lub pobudzenie psychoruchowe</li> <li>7. nadmierne angażowanie się w przyjemne aktywności o dużym prawdopodobieństwie bolesnych następstw (duże wydatki, seks, chybione inwestycje)</li> </ol> <p>C. Zmiana w zwykłym dla danej osoby funkcjonowaniu</p> <p>D. Zaburzenia nastroju i zmiany funkcjonowania dostrzegalne dla innych</p>
<b>Epizod hipomaniakalny: wykluczenia</b>	
<p>C. Nie spełnia kryteriów manii, zaburzeń dwubiegunowych, epizodu depresyjnego, cyklotymii, anoreksji</p> <p>D. Brak związku z substancjami psychoaktywnymi i z zaburzeniami organicznymi</p>	<p>E. Bez wyraźnego ograniczenia funkcjonowania, bez potrzeby hospitalizacji, bez cech psychotycznych</p> <p>F. Wykluczenie wpływu substancji oraz uwarunkowań ogólnomedycznych</p>

Tablica 4. Objawy manii wg DSM-IV

DSM-IV	Epizod maniakalny: objawy
	<p>A. Okres trwale podwyższonego, ekspansywnego lub drażliwego nastroju, co najmniej przez tydzień, wyraźnie odrębny od zwykłego nastroju niedepresyjnego</p> <p>B. Co najmniej 3 lub 4 (jeśli nastrój tylko drażliwy) utrzymujące się objawy spośród następujących:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. wzmożone samopoczucie, poczucie wyższości</li> <li>2. zmniejszona potrzeba snu</li> <li>3. zmniejszona rozmowność i potrzeba mówienia</li> <li>4. gonitwa myśli lub subiektywne poczucie ich przyspieszenia</li> <li>5. odwracalność uwagi</li> <li>6. wzrost celowej aktywności lub pobudzenie psychoruchowe</li> <li>7. nadmierne angażowanie się w przyjemne aktywności o dużym prawdopodobieństwie bolesnych następstw (duże wydatki, seks, chybione inwestycje)</li> </ol> <p>C. Wyraźne ograniczenia funkcjonowania, konieczność hospitalizacji dla uniknięcia zagrożenia dla siebie lub innych, obecność cech psychotycznych</p>

Tablica 5. Mania (niepsychotyczna i psychotyczna) wg ICD-10 oraz odpowiadające jej stopnie nasilenia manii wg DSM-IV. Kryteria wykluczające dla obu systemów.

ICD-10	DSM-IV
<b>Epizod maniakalny: objawy, nasilenie</b>	
<b>Mania bez objawów psychotycznych</b>	
<p>A. Dominacja nastroju wzmoczonego, ekspansywnego lub drażliwego, wyraźnie nieprawidłowego dla osoby, przeważającego i utrzymującego się przez co najmniej tydzień</p> <p>B. Co najmniej 3 lub 4 (jeśli nastrój tylko drażliwy), silnie zakłócające codzienne funkcjonowanie osoby:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. wzmoczona aktywność lub fizyczny niepokój</li> <li>2. wzmoczona rozmowność (potrzeba mówienia)</li> <li>4. utrata normalnych zahamowań społecznych, zachowania niedostosowane do okoliczności</li> <li>5. zmniejszona potrzeba snu</li> <li>6. wzmoczone samopoczucie lub poczucie wyższości</li> <li>7. odwracalność uwagi, stałe zmiany aktywności lub planów</li> <li>8. zachowanie bezeremoniane lub lekkomyślne, z niedocenianiem ryzyka (wydatki, nierozsądne interesy, lekkomyślna jazda)</li> <li>9. wzmoczona energia seksualna i seksualne nieostrożności</li> </ol> <p>C. Brak omamów i urojeń, choć mogą występować zaburzenia percepcji (nawrażliwość, plastyczność)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ łagodny <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ minimum kryteriów epizodu</li> </ul> </li> <li>◆ umiarkowany <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ skrajne wzmoczenie aktywności i lub ograniczenia sądenia</li> </ul> </li> <li>◆ ciężki bez objawów psychotycznych <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ dla uniknięcia szkód somatycznych dla siebie lub innych wymagany prawie ciągły nadzór</li> </ul> </li> </ul>
<b>Mania z objawami psychotycznymi</b>	
<p>A. Spełnione kryteria manii bez objawów psychotycznych – z wyjątkiem (C)</p> <p>B. Niespełnianie kryteriów schizofrenii ani zaburzeń schizofrenii typu maniakalnego</p> <p>C. Urojenia lub omamy inne niż typowe dla schizofrenii</p> <p>D. Brak związku z substancjami i zaburzeniami organicznymi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ objawy psychotyczne: <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ spójne z nastrojem</li> <li>⇒ niespójne z nastrojem</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ ciężki z objawami psychotycznymi: <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ urojenia i omamy, jeżeli możliwe, określić: <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ spójne z nastrojem</li> <li>⇒ niespójne z nastrojem</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
<b>Epizod maniakalny w remisji</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ częściowo w remisji <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ objawy są, lecz kryteria niepełne lub brak objawów istotnych przez 2 miesiące po epizodzie manii</li> </ul> </li> <li>◆ w pełnej remisji <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ nie ma objawów w ciągu ostatnich 2 miesięcy</li> </ul> </li> </ul>
<b>Epizod maniakalny: czas, wykluczenia</b>	
C(D). Wykluczenie wpływu substancji psychoaktywnych i zaburzeń organicznych	<p>C. Niespełnianie kryteriów epizodu mieszanego</p> <p>E. Wykluczenie wpływu substancji oraz uwarunkowań ogólnomedycznych</p>

## Zespoły depresyjne

Definiowane są na podobnej zasadzie co zespoły maniakalne. DSM-IV charakteryzuje ogólnie epizod depresyjny, a bardziej pobieżnie – jego nasilenie. ICD-10 natomiast proponuje bardziej szczegółowe definicje dla każdego stopnia nasilenia.

Ogólna definicja depresji w DSM-IV (tabl. 6) wprowadza specyficzne pojęcie „większej” czy „dużej” lub „wielkiej” (*major*) depresji. Trzeba wyraźnie podkreślić, że proponowane pojęcie (trwa dyskusja nad wyborem najwłaściwszego tłumaczenia terminu *major*) nie ma żadnej konotacji etiopatogenetycznej. Jego zadaniem jest jedynie ilościowe określenie zespołów depresyjnych i wyodrębnienie takich, w których liczba objawów przekracza pewien ilościowy próg (5 objawów). Nadaje to im charakter zespołów istotnych klinicznie. Arbitralność takiego ilościowego podejścia jest dla klinicysty uderzająca i trudna do akceptacji. Znane są wyniki badań [por. 8] wskazujące, że depresje o mniejszej (niż 5) liczbie charakterystycznych objawów mają bardzo podobne znaczenie (w sensie m. in. stopnia odczuwanego cierpienia, ryzyka samobójstwa, wpły-

wu na funkcjonowanie zawodowe i powodowanych kosztów społecznych). Stąd propozycja wprowadzenia – na próbę, w celu dalszych badań – pojęcia depresji „mniejszej”, czy „małej” (*minor*) różniącej się mniejszą (2 do 4) liczbą wymaganych charakterystycznych objawów (tabl. 7). Trzeba tu jednak przywołać wyniki badań dowodzących, że nawet stany depresyjne o jeszcze mniejszej liczbie odnotowanych charakterystycznych objawów (poniżej 2) – nazywane „podprogowymi”, „subklinicznymi” lub „subafektywnymi” [8] – niewiele odbiegają pod względem konsekwencji klinicznych od depresji „większych” lub „mniejszych”. Wskazuje to na kliniczną zawadność, czy raczej względność ilościowych prób definiowania znaczenia klinicznego depresji.

Mimo wspomnianych odmienności podejście obu systemów do diagnostyki depresji jest w istocie dość podobne. Czas trwania epizodu wymagany dla uznania jego klinicznego znaczenia określono w obu systemach na 2 tygodnie. W obu klasyfikacjach zdecydowano się też na wyróżnienie objawów depresyjnych o większej wartości diagnostycznej, których występowanie jest niezbędne do

Tablica 6. Kryteria większej (dużej, *major*) depresji wg DSM-IV.

DSM-IV	Depresja większa (duża, <i>major</i> )
A.	Pięć z następujących w ciągu co najmniej 2 tygodni, jeśli stanowią istotną zmianę w funkcjonowaniu, w tym co najmniej jednym jest (1) nastrój depresyjny, albo (2) spadek zainteresowania i odczuwania przyjemności:
	1. nastrój depresyjny, prawie cały dzień, prawie każdego dnia; obiektywnie lub subiektywnie
	2. wyraźne zmniejszenie przyjemności z wszystkich/prawie wszystkich aktywności, prawie cały/każdy dzień, subiektywnie lub obiektywnie
	3. istotna utrata lub przybytek wagi, odpowiednie zmiany łaknienia
	4. bezsenność lub hipersomnia prawie każdego dnia
	5. pobudzenie lub zahamowanie motoryczne (nie tylko subiektywne)
	6. zmęczenie lub utrata energii, prawie każdego dnia
	7. poczucie małej wartości lub bezzasadne poczucie winy (też urojeniowe), prawie każdego dnia – więcej niż wyrzuty czy wina z powodu bycia chorym
	8. zmniejszona zdolność koncentracji lub myślenia, niezdecydowanie, prawie każdego dnia; subiektywnie lub obiektywnie
	9. powracające myśli o śmierci, wyobrażenia samobójcze bez planu, albo próba lub szczegółowy plan samobójstwa
C.	Istotne klinicznie cierpienie lub ograniczenie funkcjonowania

Tablica 7. Tymczasowe kryteria mniejszej (małej, *minor*) depresji wg DSM-IV.

DSM-IV	Mniejsza (mała, <i>minor</i> ) depresja
A.	Zaburzenie nastroju określone następująco:
1.	Co najmniej 2 (lecz mniej niż 5) z następujących w ciągu co najmniej 2 tygodni, jeśli stanowią istotną zmianę w funkcjonowaniu, w tym co najmniej jednym jest albo (a), albo (b):
a.	nastrój depresyjny, prawie cały dzień, prawie każdego dnia; obiektywnie lub subiektywnie
b.	wyraźne zmniejszenie przyjemności z wszystkich lub prawie wszystkich aktywności, prawie cały dzień, prawie każdego dnia; subiektywnie lub obiektywnie
c.	istotna utrata (bez odchudzania) lub przybytek wagi, odpowiednie zmiany łaknienia
d.	bezsenność lub hipersomnia prawie każdego dnia
e.	pobudzenie lub zahamowanie motoryczne (nie tylko subiektywnie)
f.	zmęczenie lub utrata energii, prawie każdego dnia
g.	poczucie małej wartości lub bezzasadne poczucie winy (też urojeniowe), prawie każdego dnia – więcej niż wyrzuty czy wina z powodu bycia chorym
h.	zmniejszona zdolność koncentracji lub myślenia, niezdecydowanie, prawie każdego dnia; subiektywnie lub obiektywnie
i.	powracające myśli o śmierci, wyobrażenia samobójcze bez planu, albo próba lub szczegółowy plan samobójstwa
2.	Istotne klinicznie cierpienie lub ograniczenie funkcjonowania
3.	Wykluczenie wpływu substancji lub stanu ogólnego
4.	Wykluczenie reakcji żałoby
B-D.	Wykluczenie większej depresji, dystymii, manii, hipomanii i cyklotymii, schizofrenii i zaburzeń psychotycznych

rozpoznania i objawów o mniejszej wartości (dodatkowych), których wymaga się mniej stanowczo (wskazuje na to politetyczność dotyczącego ich kryterium). Objawami wyżej wartościowanymi są obniżenie nastroju, anhedonia i (tylko w ICD-10) anergia/męczliwość. Ocena nasilenia depresji wg ICD-10 sprowadza się głównie do poszerzania się liczby odnotowanych objawów dodatkowych (tabl. 8). W DSM-IV są one opisane bardziej pobieżnie. Jednak w obu systemach stopnie nasilenie depresji są podobne, poza oceną dotyczącą fazy remisji, której ICD-10 poświęca mniej uwagi.

Poza wspomnianą wyżej „podprogowością” nasilenia (liczby objawów) depresji, podniesiono [2] w ostatniej dekadzie zagadnienie podprogowości dotyczącej czasu trwania. Zagadnieniu temu bardziej szczegółowo poświęcone jest opracowanie Pużyńskiego [13]. Tu należy jednak zwrócić uwagę, że oba systemy dostarczają kryteriów dla rozpoznania takiej *krótkotrwałej, nawracającej depresji* (tabl. 10), podkreślających jej odmien-

ność od typowych epizodów depresyjnych, polegającą na krótkim czasie trwania (krócej niż dwa tygodnie) i dużej częstotliwości nawrotów (niemal co miesiąc). Kryteria te w przypadku DSM-IV mają charakter tymczasowy, a ich zadaniem ma być stymulowanie dalszych badań nad tą ciekawą, może niedocenianą kategorią diagnostyczną. W ICD-10 kategoria ta ma już pozycję ustaloną, choć nie do końca jasną, na co wskazuje umieszczenie jej pośród „innych” zaburzeń afektywnych.

### Zespoły mieszane

Oba systemy uwzględniają występowanie afektywnych epizodów mieszanych, cechujących się współwystępowaniem lub szybkozmiennością objawów depresyjnych i maniakałnych (tabl. 10). Epizody tego typu zaliczane są w obu systemach w zasadzie do zaburzeń dwubiegunowych. Pojedynczemu epizodowi mieszanemu ICD-10 wyznacza jednak miejsce szczególne, wśród „innych” zaburzeń afektywnych.

Tablica 8. Objawy i nasilenie depresji wg ICD-10 oraz odpowiadające jej stopnie nasilenia manii wg DSM-IV. Kryteria wykluczające dla obu systemów.

ICD-10	DSM-IV
<b>Epizod depresyjny: objawy, nasilenie</b>	
<b>Depresja łagodna</b>	
<p>G1. Trwa co najmniej 2 tygodnie</p> <p>A. Spełnione kryteria G1-G3</p> <p>B. Co najmniej 2 z następujących 3:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. nastrój depresyjny w stopniu nieprawidłowym dla osoby – prawie cały dzień</li> <li>2. utrata zainteresowań lub zadowolenia w aktywnościach zwykle sprawiających przyjemność</li> <li>3. zmniejszona energia/ zwiększona męczliwość</li> </ol> <p>C. Dodatkowo, objaw/objawy z tej listy – ostatecznie co najmniej 4 objawy:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. spadek zaufania lub szacunku dla siebie,</li> <li>2. nieracjonalne odczucia wyrzutów sumienia lub nieuzasadnionej winy</li> <li>3. nawracające myśli lub jakiegokolwiek zachowania samobójcze</li> <li>4. skargi lub przejawy zmniejszonej zdolności myślenia lub skupienia, niezdecydowanie lub wahanie się</li> <li>5. zmiany aktywności psychoruchowej, pobudzenie lub zahamowanie (subiektywne lub obiektywne)</li> <li>6. zaburzenia snu</li> <li>7. zmiany łaknienia (wzrost/spadek) z odpowiednią zmianą wagi</li> </ol> <p><i>Kryteria zespołu somatycznego</i></p>	<p>♦ prawie bez objawów ponad minimum definiujące epizod, tylko niewielkie ograniczenia funkcjonowania</p>
<b>Depresja umiarkowana</b>	
<p>A. Spełnione kryteria G1-G3</p> <p>B. Co najmniej dwa z 3:</p> <p>C. Objawy z listy dodatkowej – ostatecznie co najmniej 6</p> <p><i>Kryteria zespołu somatycznego</i></p>	<p>♦ pośrednie między „łagodnym” a „ciężkim”</p>
<b>Depresja ciężka bez objawów psychotycznych</b>	
<p>A. Spełnione kryteria G1-G3</p> <p>B. Wszystkie 3 z 3</p> <p>C. Objawy z listy dodatkowej – ostatecznie co najmniej 8</p> <p>D. Bez halucynacji, urojeń, stuporu depresyjnego</p>	<p>♦ liczne objawy ponad minimum definiujące epizod i objawy silnie wpływające na funkcjonowanie</p>
<b>Depresja ciężka z objawami psychotycznymi</b>	
<p>A. Spełnione kryteria G1-G3</p> <p>B. Spełnione kryteria ciężkiego epizodu bez objawów psychotycznych – z wyjątkiem (D)</p> <p>C. Nie spełnione kryteria schizofrenii ani zaburzeń schizoafektywnych typu depresyjnego</p> <p>D. Jedno z następujących:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. urojenia lub omamy inne niż typowe dla schizofrenii</li> <li>2. stupor depresyjny</li> </ol> <p>♦ objawy psychotyczne:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ spójne z nastrojem</li> <li>⇒ niespójne z nastrojem</li> </ul>	<p>♦ urojenia lub omamy, należy określić, czy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ spójne z nastrojem</li> <li>⇒ niespójne z nastrojem</li> </ul>



Depresja w remisji	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ częściowej               <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ nie wszystkie kryteria lub tylko mniej istotne objawy w ciągu 2 miesięcy po epizodzie</li> </ul> </li> <li>◆ pełnej               <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ bez objawów i przejawów w ciągu ostatnich 2 miesięcy</li> </ul> </li> </ul>
Epizod depresyjny: wykluczenia	
G1. Dotąd nigdy w życiu objawów wystarczających do rozpoznania epizodu hipomaniakalnego lub maniakalnego G2. Brak uwarunkowań związanych z subst. psychoaktywnymi lub organicznymi zaburzeniami psychicznymi	B. Wykluczenie epizodu mieszanego D. Wykluczenie wpływu substancji lub stanu ogólnego E. Wykluczenie reakcji żałoby

Tablica 9. Kryteria diagnostyczne krótkotrwałej, nawracającej depresji w ICD-10 i DSM-IV.

ICD-10	DSM-IV
Krótkotrwałe nawracające zaburzenie depresyjne	
A. Spełnia kryteria epizodu depresyjnego (o różnym nasileniu) B. W okresie ostatniego roku epizody depresyjne prawie co miesiąc C. Typowy epizod trwa krócej niż 2 tygodnie (typowo: 2–3 dni) D. Epizody nie występują wyłącznie w związku z cyklem miesięcznym	<i>A. Spełnione kryteria większego epizodu depresyjnego (z wyjątkiem czasu trwania)</i> <i>B. Co najmniej 2 dni, ale nie dłużej niż 2 tygodnie</i> <i>C. Okresy depresji co najmniej raz w miesiącu przez 12 kolejnych miesięcy i nie wiążą się z cyklem miesięcznym</i> <i>D. Okresy nastroju depresyjnego powodują klinicznie istotne cierpienie lub ograniczenia funkcjonowania</i> <i>E. Wykluczenie wpływu substancji i uwarunkowań ogólnomedycznych</i> <i>F. – epizodu większej depresji oraz dystymii</i> <i>G. – manii, hipomanii, cyklotymii</i> <i>H. – schizofrenii, innych zaburzeń psychotycznych</i>

## NAWRACAJĄCE ZABURZENIA AFEKTYWNE

Pojawienie się kolejnego epizodu afektywnego nakazuje rozpoznanie zaburzeń nawracających, w zależności od występowania lub niewystępowania w przebiegu manii (hipomanii) określanych wtedy jako dwubiegunowe lub depresyjne nawracające. W DSM-IV, pojedynczy epizod manii (hipomanii) jest również podporządkowany kategorii zaburzeń dwubiegunowych.

Każdy aktualny nawrót należy klasyfikować stosownie do nasilenia i bieguny obserwowanych zaburzeń tak, jak w przypadku pojedynczych epizodów (np. „zaburzenia dwubiegunowe, aktualnie epizod maniakalny z objawami psychotycznymi niespójnymi z nastrojem”). Ponadto, zwłaszcza w DSM-IV, możliwy jest i bardziej uszczegółowiony opis obserwowanych zespołów (p. niżej). Istotne może być zwłaszcza wskazanie na występowanie somatycznych/melancholicznych cech depresji, jako krok

Tablica 10. Kryteria diagnostyczne epizodów mieszanych w ICD-10 i DSM-IV.

ICD-10	DSM-IV
<b>Epizod mieszany</b>	
<p>A. Albo współwystępowanie, albo szybkie zmiany (w ciągu godzin) objawów hipomaniakalnych,</p> <p>B. Zarówno objawy maniakalne, jak i depresyjne nasilone przez większość czasu w okresie co najmniej 2 tygodni</p>	<p>A. Kryteria epizodu maniakalnego i większej depresji (z wyjątkiem czasu trwania) spełnione prawie każdego dnia w ciągu tygodnia</p> <p>B. Zaburzenie nastroju wystarczająco ciężkie by powodować znaczne zaburzenia funkcjonowania zawodowego, w zakresie codziennej aktywności lub w stosunkach z innymi, albo wymagać hospitalizacji dla zapobieżenia uszkodzeniu siebie lub innych, albo występują cechy psychotyczne</p> <p>C. Objawy nie są zależne od fizjologicznego działania substancji ani stanów ogólnomedycznych</p>

Tablica 11. Kryteria diagnostyczne zaburzeń dwubiegunowych typu II w ICD-10 i DSM-IV.

ICD-10	DSM-IV
<b>Zaburzenia dwubiegunowe typu II</b>	
<p>A. Jeden lub więcej epizodów depresji</p> <p>B. Jeden lub więcej epizodów hipomanii</p> <p>C. Nie występują epizody manii mogłyby być stosowane do dwubiegunowych zaburzeń afektywnych</p>	<p>A. Występuje (lub w wywiadzie) co najmniej jeden epizod większej (major) depresji</p> <p>B. Występuje (lub w wywiadzie) co najmniej jeden epizod hipomanii</p> <p>C. Nigdy nie było epizodu manii ani mieszanego</p> <p>D. Objawów afektywnych nie wyjaśnia lepiej rozpoznanie zaburzeń schizofrenii lub inne zaburzenia psychotyczne</p> <p>E. Objawy powodują klinicznie istotne cierpienie lub ograniczenie funkcjonowania społecznego, zawodowego lub w innym ważnym obszarze</p>

w kierunku przypisania zespołowi pewnych uwarunkowań patogenetycznych (bliskich tradycyjnemu pojęciu cech „endogennych”).

W DSM-IV ustaloną pozycję ma rozróżnienie zaburzeń dwubiegunowych typu I i II, któremu ze względów metodologicznych, prognostycznych i wyników badań sugerujących odmienną dziedziczność [4] przypisuje się szczególne znaczenie. Rozpoznanie zaburzeń typu II (tabl. 11), można ustalić, jeśli obok nawrotów depresji występują jedynie hipomanie (co najmniej jeden epizod). Wystąpienie manii kwalifikuje zaburzenia jako zaburzenia dwubiegunowe typu I. Poza Ameryką pozycja tego rozróżnienia nie jest powszechnie przyjęta. By jednak

umożliwić badania, badawcza wersja ICD-10-DCR proponuje tymczasowe kryteria zaburzeń dwubiegunowych typu II.

#### UTRWALONE ZABURZENIA AFEKTYWNE

Dystymia i cyklotymia są pojęciami o długiej historii, na ogół opisującymi różnorodne zaburzenia nastroju o mniej typowych i nasilonych objawach oraz o mniej typowym przebiegu [3]. Począwszy od DSM-III, objęto nimi mniej nasilone postaci zaburzeń nastroju o przewlekłym przebiegu i objawach sugerujących związku z patologią osobowości, lecz jednocześnie bliskich zaburzeniom

afektywnym. Koncepcja ta zmajoryzowała współczesne dyskusje i badania. Została ona istotnie zmodyfikowana w DSM-III-R i przeszła do zarówno ICD-10, jak i DSM-IV. Jednak dyskusja nad pozycją tych zaburzeń prawdopodobnie nie jest jeszcze zakończona [11]. Zasadniczy dylemat diagnostycz-

ny wynika z niepewności na ile ta kategoria diagnostyczna jest odmianą zaburzeń afektywnych (o nasileniu „podprogowym”, lecz długotrwałym), a na ile wyrasta z osobowości (czy zrasta się z nią) i podlega wpływom czynników zewnętrznych (jak w zaburzeniach nerwicowych).

Tablica 12. Kryteria diagnostyczne dystymii w ICD-10 i DSM-IV.

ICD-10	DSM-IV
<b>Dystymia: objawy, czas trwania</b>	
<p>A. Co najmniej 2 lata stałego lub stale nawracającego obniżenia nastroju. Wyrównany nastrój rzadko dłużej niż kilka tygodni. Brak epizodów hipomanii</p> <p>C. Przez co najmniej pewien czas tego okresu co najmniej 3 z następujących:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. zmniejszenie energii i aktywności</li> <li>2. bezsenność</li> <li>3. niedostosowania</li> <li>4. trudności koncentracji</li> <li>5. płaczliwość</li> <li>6. utrata zainteresowania i radości z seksu oraz innych czynności sprawiających przyjemność</li> <li>7. poczucie bezradności, zamartwianie się</li> <li>8. dostrzegalne nieradzenie sobie z rutynową odpowiedzialnością codziennego życia</li> <li>9. pesymizm wobec przyszłości, rozpamiętywanie przeszłości</li> <li>10. społeczne wycofanie się</li> <li>11. zmniejszona rozmowność</li> </ol> <p><i>Gdy potrzeba, można określić czas wystąpienia, jako: wczesny (&lt; 30 r.ż.) lub późny (30–50 r.ż., po epizodzie afektywnym)</i></p>	<p>A. Depresyjny nastrój (subiektywnie lub wg obserwacji innych) – przez większość dnia, przez większość dni – w okresie co najmniej 2 lat. <i>U dzieci i nastolatków – co najmniej rok.</i></p> <p>B. W czasie występowania nastroju depresyjnego, dwa (lub więcej) z następujących:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. słaby apetyt lub przejadanie się</li> <li>2. bezsenność lub nadmierna senność</li> <li>4. niska samoocena</li> <li>5. słaba koncentracja, niezdecydowanie</li> <li>6. poczucie bezradności</li> </ol> <p>H. Objawy powodują klinicznie istotne cierpienie lub ograniczenia w ważnych zakresach funkcjonowania</p> <p><i>Wczesny początek: przed 21 r.ż.</i> <i>Późny początek: w 21 r.ż. lub później</i></p>
<b>Dystymia: wykluczenia</b>	
<p>B. Żaden albo prawie żaden z poszczególnych epizodów depresji okresu dwuletniego wystarczająco ciężki lub długotrwały by spełnić kryteria łagodnego epizodu depresyjnego.</p>	<p>C. W ciągu dwuletniego okresu nigdy dłużej niż 2 miesiące bez kryteriów A i B</p> <p>D. W tym okresie, bez objawów epizodu większej depresji, jak też: przelekłej większej depresji lub większej depresji w częściowej remisji</p> <p>E. Niespełnione kryteria epizodów: manii, hipomanii, mieszanego, ani zaburzenia cyklotymicznego</p> <p>F. Występowania nie tylko w trakcie zaburzeń psychotycznych</p> <p>G. Wykluczenie wpływu substancji i uwarunkowań ogólnomedycznych</p>

*Dystymia* nakłada się na inne kategorie zaburzeń afektywnych (stąd np. pomysły diwołagów diagnostycznych typu „podwójnej depresji” [10], tj. współwystępowania epizodu większej depresji oraz dystymii), a wykrywany w różnych badaniach klinicznych margines jej odrębności pozostaje zmienny i zależy od przyjętej definicji. W obu systemach klasyfikacyjnych (tabl. 12) rozpoznanie dystymii wiąże się z dwuletnim okresem trwania nienasilonych zaburzeń depresyjnych, nie osiągających jednak poziomu epizodu depresyjnego. Liczba objawów dystymii jest w DSM-IV stosunkowo niewielka (6), a ich rodzaj (raczej somatyczny) zbliża koncepcję do zaburzeń afektywnych

Większą odrębność dystymii w badaniach uzyskiwano przy pomocy innego zestawu objawów kryterialnych, silniej akcentującego znaczenie procesów poznawczych i emocjonalnych (tabl. 13), jednak narazie nie włączono go do oficjalnej klasyfikacji, pozostawiając jedynie w aneksie, do czasu zgromadzenia liczniejszych argumentów empirycznych. Symptomatologiczna część definicji dystymii w ICD-10 jest obszerniejsza (11 objawów), obejmuje kryteria zdefiniowane zarówno somatycznie, jak i poznawczo-emocjonalnie. W przypadku obu klasyfikacji wymagane objawy przypominają objawy epizodu depresyjnego, lecz liczbę wymaganych objawów „podstawowych” ograniczono do jednego (obniżony nastrój) a liczbę pozostałych do dwóch (w DSM-IV

lub trzech (ICD-10). Ważną cechą dystymii jest jej późny lub wczesny początek, przy czym późny zbliża ją do zaburzeń afektywnych, a wczesny – do zaburzeń osobowości. Niejasność koncepcji uwypuklają liczne (szczególnie w DSM-IV) kryteria wykluczające wskazujące jak bardzo jej granice nakładają się na inne zaburzenia.

*Cyklotymia* jest dwubiegunową odmianą utrwalonych zaburzeń afektywnych (niestabilności nastroju), choć w tym wypadku „subafektywne” tło zaburzeń wydaje się budzić mniej wątpliwości niż w wypadku dystymii. Definicje cyklotymii (tabl. 14) stawiają takie same wymagania dotyczące czasu trwania niezbędnego do rozpoznania zaburzeń (co najmniej dwuletni). Charakterystyka symptomatologiczna w ICD-10 opisuje oddzielnie i szczegółowo oba typowe dla cyklotymii bieguny niestabilności nastroju. Natomiast DSM-IV skupia uwagę diagnosty głównie na analizie kryteriów opisujących przebieg i konieczne wykluczenia. Opis symptomatologii jest tu bardziej ogólnikowy, ograniczający się do nazwania typu zaburzeń (hipomania, depresja nie osiągająca poziomu depresji większej (*major*)).

## USZCZEGÓLOWIENIA

Jak już wspomniano, odnotowanie w rozpoznaniu pewnych cech o znaczeniu patogenetycznym dokonuje się w ICD-10 i DSM-IV dopiero w fazie uszczegóławiania opisu

Tablica 13. Tymczasowe, alternatywne kryterium B dystymii wg DSM-IV.

DSM-IV: Alternatywne kryterium B dla dystymii (proponowane do dalszych badań)
<p><i>B. W czasie występowania nastroju depresyjnego, trzy (lub więcej) z następujących:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. niskie poczucie własnej wartości lub zaufania do siebie, albo poczucie niedostosowania</li> <li>2. poczucie pesymizmu, rozpaczy lub beznadziejności</li> <li>3. uogólniona utrata zainteresowań lub przyjemności</li> <li>4. społeczne wycofanie się</li> <li>5. przewlekłe znużenie lub zmęczenie</li> <li>6. poczucie winy, pogrążanie się w przeszłości</li> <li>7. subiektywne poczucie drażliwości lub nadmiaru złości</li> <li>8. zmniejszenie aktywności, skuteczności, produktywności</li> <li>9. trudności w myśleniu, przejawiające się słabą koncentracją i pamięcią oraz niezdecydowaniem</li> </ol>

Tablica 14. Kryteria diagnostyczne cyklotymii w ICD-10 i DSM-IV.

ICD-10	DSM-IV
<b>Cyklotymia: objawy, czas</b>	
<p>A. Co najmniej 2 lata niestabilności nastroju obejmującej okresy depresji lub hipomanii z przedzielającymi je okresami prawidłowego nastroju lub bez nich</p> <p>C. W trakcie przynajmniej niektórych okresów depresji występowały co najmniej trzy z następujących:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. zmniejszenie energii lub aktywności</li> <li>2. bezsenność</li> <li>3. utrata zaufania do siebie lub poczucie niedostosowania</li> <li>4. trudności w koncentracji</li> <li>5. społeczne wycofanie się</li> <li>6. utrata zainteresowań lub radości z seksu i innych przyjemności</li> <li>7. zmniejszona rozmowność</li> <li>8. pesymizm w ocenie przyszłości i rozpamiętywanie przeszłości</li> </ol> <p>D. W trakcie przynajmniej niektórych okresów wzmózonego nastroju występowały co najmniej trzy z następujących:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. zwiększenie energii/aktywności</li> <li>2. zmniejszona potrzeba snu</li> <li>4. wyostrome/niezwykłe twórcze myślenie</li> <li>5. wzmózona towarzyskość</li> <li>6. wzmózona rozmowność/dowcip</li> <li>7. wzmózone zainteresowanie i aktywność w zakresie seksu i innych przyjemności</li> <li>8. nadmierny optymizm lub wylbrzymianie</li> </ol>	<p>A. Od co najmniej 2 lat liczne okresy z objawami hipomaniakalnymi lub liczne okresy z objawami depresyjnymi nie spełniające kryteriów większej depresji. <i>Uwaga: u dzieci i młodzieży – co najmniej 1 rok.</i></p> <p>B. W ciągu tego dwuletniego (rocznego u dzieci) okresu nie dłużej niż 2 miesiące bez objawów</p> <p>F. Objawy powodują cierpienie (distres) w sensie klinicznym lub zakłócają funkcjonowanie w obszarze społecznym, zawodowym lub innym ważnym</p>
<b>Cyklotymia: wykluczenia, funkcjonowanie</b>	
<p>B. Żaden z przejawów depresji lub hipomanii w ciągu tego dwuletniego okresu nie spełnia kryteriów epizodu manii lub depresji (umiarkowanego lub ciężkiego); jednak epizody manii lub depresji mogły występować wcześniej lub mogą rozwinąć się po takim okresie utrwałonej niestabilności nastroju</p>	<p>C. W ciągu pierwszych dwu lat trwania zaburzenia nie występowały epizody większej depresji, manii ani mieszane. <i>Uwaga: po tym dwuletnim okresie nakładać się mogą epizody manii, depresji, mieszane – prowadząc do rozpoznania obu zaburzeń (dwubiegunowych i cyklotymicznych)</i></p> <p>D. Objawów nie można wyjaśnić jako schizofrenii i nie są one nałożone na schizofrenię, zaburzenia podobne do schizofrenii, urojeniowe, inne psychotyczne</p> <p>E. Objawy nie zależą od bezpośredniego, fizjologicznego działania substancji ani od stanów somatycznych</p>

zespołów. Dodatkowa charakterystyka jest szczególnie rozbudowana w systemie DSM-IV, oferującym specjalne tablice obrazujące jakie uszczegółowienia można stosować do jakich kategorii diagnostycznych.

*Zespół somatyczny* (w ICD-10) lub *cechy melancholiczne* (w DSM-IV) – to zestawienia objawów wskazujących na prawdopodobny udział czynników biologicznych w patogenie depresji. Są to w zasadzie cechy tradycyjnie uznawane za wskaźniki „endogenności” zaburzeń. Termin ten jednak ze względu na niezbyt jasne znaczenie i wykorzystanie kliniczne w omawianych klasyfikacjach nie występuje. Koncepcja „endogenności” budzi dziś wiele dyskusji [4, 14, 17] i zapewne ze względu na związane z nim niejednoznaczności był nie do pogodzenia z metodologicznymi przesłankami, na których oparto konstrukcję klasyfikacji. Porównanie (tabl. 15) wskazuje na bardzo duże podobieństwa ujęcia problemu w obu klasyfikacjach. ICD-10 proponuje polityczny zestaw 8 objawów, traktując wystąpienie czterech z nich jako próg diagnostyczny. DSM-IV rozróżnia objawy bardziej podstawowe (anhedonia, niereaktywność

nastroju), wymagane bezwzględnie oraz polityczny zestaw 6 dodatkowych objawów. Zwraca uwagę obecność wśród nich „silnego lub nieadekwatnego poczucia winy” (p. B6), jako psychologicznego składnika melancholiczności a także zwrócenie uwagi na wymóg „jakościowej odmienności” nastroju melancholicznego (p. B1). Klasyfikacje nie proponują analogicznych kryteriów dla manii, co zbieżne jest z tradycyjnym poglądem, iż samo jej wystąpienie wskazuje na udział czynników biologicznych w patogenie.

*Również sezonowość* występowania zaburzeń afektywnych jest traktowana jako wskaźnik udziału biologicznych czynników patogenetycznych, a ponadto – jako ważna wskazówka terapeutyczna. Kryteria proponowane przez obie klasyfikacje są zbliżone, choć różnią się szczegółami (tabl. 16). DSM-IV pozwala na ustalenie rozpoznania już po 2 latach obserwacji i raczej słabo precyzuje czasowe ramy sezonowości. ICD-10 wymaga obserwacji trzyletniej i pojawiania się zaburzeń w tym samym, trzymiesięcznym okresie roku. Kryteria sezonowości w ICD-10 mają charakter tymczasowy i pojawiły się w wersji

Tablica 15. Kryteria cech somatycznych (ICD-10) i melancholicznych (DSM-IV).

ICD-10	DSM-IV
<b>Zespół somatyczny</b>	<b>Cechy melancholiczne</b>
<p>Cztery z następujących:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. wyraźna utrata zainteresowania lub przyjemności wobec aktywności zwykle przyjemnych</li> <li>2. brak reakcji emocjonalnych wobec wydarzeń i aktywności zwykle je wyzwalających</li> <li>3. wcześniejsze (o co najmniej 2 godziny) budzenie się</li> <li>4. silniej obniżony nastrój rano</li> <li>5. obiektywne wskaźniki wyraźnego zahamowania lub pobudzenia (dostrzegalne dla innych osób)</li> <li>6. wyraźny spadek łaknienia</li> <li>7. spadek wagi (5% lub więcej w ciągu miesiąca)</li> <li>8. wyraźny spadek libido</li> </ol> <p><i>Syn.: biologiczny, witalny, melancholiczny, endogenomorficzny</i></p>	<p>A. Jeden z następujących, w czasie najcięższego okresu obecnego epizodu</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. spadek odczuwania przyjemności wobec wszystkich lub prawie wszystkich aktywności</li> <li>2. brak reaktywności wobec bodźców zwykle przyjemnych</li> </ol> <p>B. Trzy z następujących:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. odmienna jakość przeżywanego obniżenia nastroju</li> <li>2. nastrój regularnie gorszy rano</li> <li>3. wczesne budzenie się (co najmniej 2 godziny wcześniej niż zwykle)</li> <li>4. wyraźne zahamowanie lub pobudzenie</li> <li>5. istotny brak łaknienia spadek wagi</li> <li>6. wybitne lub nieadekwatne poczucie winy</li> </ol>

Tablica 16. Kryteria sezonowości zaburzeń afektywnych w ICD-10 i DSM-IV.

ICD-10	DSM-IV
<b>Sezonowość zaburzeń</b>	
<p>A. Trzy lub więcej epizodów zaburzeń nastroju z początkiem w tym samym 90-dniowym okresie roku, w ciągu trzech lub więcej kolejnych lat</p> <p>B. Także remisje występują w ciągu tego 90-dniowego okresu roku.</p> <p>C. Epizody sezonowe istotnie przeważają nad niesezonowymi, jeśli takie występują</p>	<p>A. Regularny związek czasowy między wystąpieniem a określoną porą roku (np. jesienią lub zimą). Należy wykluczyć wpływ czynników społecznych związanych z porą roku (np. brak pracy zimą)</p> <p>B. Pełna remisja (lub zmiana fazy) także w określonej porze roku</p> <p>C. W ciągu ostatnich 2 lat, 2 epizody większej depresji o charakterze sezonowym i brak epizodów niesezonowych</p> <p>D. W całym życiu osobniczym depresje o charakterze sezonowym przeważają nad niesezonowymi</p>

Tablica 17. Kryteria diagnostyczne szybkich zmian faz w zaburzeniach dwubiegunowych wg ICD-10 i DSM-IV.

ICD-10	DSM-IV
<b>Szybka zmiana faz</b>	
<i>w odniesieniu do zaburzeń dwubiegunowych co najmniej cztery epizody zaburzeń dwubiegunowych w ciągu roku (rozgraniczone zmianą fazy lub remisją)</i>	<i>w odniesieniu do zaburzeń dwubiegunowych (I i II) w ciągu ostatnich 12 miesięcy co najmniej 4 epizody zaburzeń nastroju spełniających kryteria epizodów większej depresji, manii, hipomanii lub epizodu mieszanego</i>

przeznaczonej do celów badawczych [7]. Bardziej szczegółowo o sezonowości traktuje opracowanie Świącieckiego [15].

*Szybkie zmiany faz* (tzw. *rapid cycling*) stanowią w zaburzeniach dwubiegunowych istotną wskazówkę terapeutyczną. Obie klasyfikacje (tabl. 17) wymagają do ich stwierdzenia wystąpienia co najmniej czterech odrębnych epizodów w ciągu roku

Definicje innych jeszcze cech proponowane są tylko w DSM-IV (tabl. 18). Definicja *katatoniczności* zaburzeń wymaga stwierdzenia dwóch z 5 wymienionych, typowych objawów katatonicznych. O *przewlekłości* zaburzeń klasyfikacja pozwala mówić po upływie dwóch lat trwania zaburzeń. Definicja *atypowości* depresji lub dystymii silnie akcentuje znaczenia tzw. reaktywności na-

stroju, a ponadto braku cech melancholicznych i katatonicznych lub pojawienia się objawów stanowiących odwrotność cech przypisywanych typowym depresjom uwarunkowanym biologicznie (wzrost łaknienia, nadmierna senność, nadwrażliwość zachowań interpersonalnych). Uczucie ołowianej ciężkości kończyn (przeciwstawiane zapewne poczuciu ich osłabienia, „jak z waty”) budzi jako kryterium atypowości więcej wątpliwości. Definicja *występowania w pogoju* określa jego dość oczywiste ramy czasowe.

## OSOBOWOŚĆ DEPRESYJNA

Nie należy ona do zaburzeń afektywnych, lecz do kręgu zaburzeń osobowości. Granicząc z depresjami stwarza jednak często

Tablica 18. Inne uszczegółowienia obrazu zaburzeń afektywnych w DSM-IV.

DSM-IV	Uszczegółowienia
	<p><b>Cechy katatoniczne:</b></p> <p>⇒ obraz kliniczny zdominowany przez co najmniej dwa z następujących:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. znieruchomienie motoryczne w postaci katalepsji lub osłupienia</li> <li>2. wybitna aktywność ruchowa (bezcelowa i nie podlegająca bodźcom zewnętrznym)</li> <li>3. skrajny negatywizm</li> <li>4. niezwykle zachowania (zastyganie, stereotypie ruchowe, nasilone manieryzmy, grymasowanie</li> <li>5. echoalalia, echopraksja</li> </ol> <p><b>Cechy przewlekłe</b></p> <p>⇒ kryteria większego epizodu depresyjnego spełniane w sposób ciągły przez co najmniej 2 lata</p> <p><b>Cechy atypowe:</b></p> <p>⇒ jeśli dominują w ciągu ostatnich 2 tygodni epizodu większej depresji lub jeśli dominują w ciągu ostatnich dwóch lat dystymii</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>A. Reaktywność nastroju (wobec pozytywnych bodźców)</li> <li>B. 2 lub więcej z następujących <ol style="list-style-type: none"> <li>1. istotny wzrost wagi lub apetytu</li> <li>2. hipersomnia</li> <li>3. uczucie ołowianej ciężkości (porażenia) kończyn</li> <li>4. dłużej trwający wzorec wrażliwości na interpersonalne odrzucenie (wykraczającej poza zaburzenia nastroju) prowadzące do istotnych ograniczeń w kontaktach społecznych i zawodowych</li> </ol> </li> <li>C. brak cech melancholicznych lub katatonicznych w ciągu tego samego epizodu</li> </ol> <p><b>Występowanie w położu:</b></p> <p>⇒ początek w ciągu 4 tygodni po porodzie</p>

trudności różnicowe. Takie osobowościowe dopełnienie spektrum zaburzeń depresyjnych budzi jeszcze więcej kontrowersji niż dystymia [12]. Jedynie DSM-IV proponuje tymczasową definicję, wymagającą jeszcze badań walidacyjnych. Kluczowa trudność polega tu na wyborze takich kryteriów diagnostycznych, które w maksymalnym stopniu oderwą definiowaną kategorię od zaburzeń afektywnych, a skierują w stronę patologii osobowości. Istota zaproponowanej w DSM-IV definicji skupia się wokół nadmiernie negatywnej, pesymistycznej oceny siebie i innych (tabl. 19).

W badaniach [5] wykazano, że tak określona i zoperacjonalizowana definicja osobowości może być rzetelnie stosowana. Jej częstość występowania w różnych populacjach oceniono jako różną od zera (19–56%). Rozpoznanie pokrywało się jednak często z innymi zaburzeniami afektywnymi, naj-

częściej z dystymią, zwłaszcza o wczesnym początku – co nie obniża jego wartości, bo zaburzenia osobowości i afektywne mogą współwystępować. Ważniejsze, że we wszystkich populacjach stwierdzono również występowanie grup osób, u których osobowości depresyjnej nie towarzyszyło inne zaburzenie afektywne spośród wymienianych w DSM-IV – dowodzi to pewnej specyfiki rozpoznania osobowości depresyjnej.

## INNE ZABURZENIA NASTROJU

Poza wymienionymi kategoriami diagnostycznymi, które (z wyjątkiem osobowości depresyjnej) umieszczono w rozdziałach poświęconych zaburzeniom afektywnym, zaburzenia nastroju znaleźć można jeszcze w innych miejscach obu klasyfikacji (tabl. 20), gdzie opisywane są jako zaburzenia współwystępujące z innymi (lękowymi, schizofre-



Tablica 19. Kryteria diagnostyczne osobowości depresyjnej w DSM-IV

DSM-IV	Osobowość depresyjna
A.	Całościowy wzorzec depresyjnych zachowań i czynności poznawczych rozpoczynających się we wczesnym wieku dorosłym i obecnych w różnorodnych okolicznościach, a przejawiających się pięcioma (lub więcej) z następujących: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. zwykły nastrój zdominowany przez przygnębienie, posępnosć, smutek, brak radości, poczucie nieszczęścia</li> <li>2. spojrzenie na siebie zogniskowane na poczuciu niedostosowania, bezwartościowości, niskiej samooceny</li> <li>3. krytyczny, potępiający, obwiniający stosunek wobec siebie,</li> <li>4. wycofywanie, zamartwianie się</li> <li>5. negatywistyczna, krytyczna, osądająca postawa wobec innych</li> <li>6. pesymizm</li> <li>7. skłonność do odczuwania winy i wyrzutów sumienia</li> </ol>
B.	Występuje nie tylko w czasie epizodu większej depresji i nie można go lepiej opisać jako dystymii

Tablica 20. Zaburzenia nastroju w innych miejscach klasyfikacji ICD-10 i DSM-IV.

ICD-10	DSM-IV
<b>Zaburzenia afektywne w innych zaburzeniach</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ w zaburzeniach organicznych</li> <li>◆ w zaburzeniach związanych z substancjami psychoaktywnymi</li> <li>◆ w zaburzeniach lękowych</li> <li>◆ w zaburzeniach adaptacyjnych</li> <li>◆ w schizofrenii i innych zaburzeniach psychotycznych               <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ depresja popsychotyczna</li> <li>⇒ zaburzenia schizoafektywne</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ w stanach ogólnomedycznych</li> <li>◆ w stanach związanych z substancjami psychoaktywnymi</li> <li>◆ w zaburzeniach lękowych</li> <li>◆ w zaburzeniach adaptacyjnych</li> <li>◆ w schizofrenii i w innych zaburzeniach psychotycznych:               <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ popsychotyczne zaburzenie depresyjne w schizofrenii</li> <li>⇒ depresje nałożone na schizofrenię</li> <li>⇒ w zaburzeniach schizoafektywnych</li> </ul> </li> </ul>

nicznymi lub psychotycznymi) albo o wyraźnie określonej przyczynie (somatogenne, adaptacyjne). Stanowią one przedmiot nie zawsze łatwego różnicowania. Znajomość przedstawionych wyżej kryteriów diagnostycznych zaburzeń afektywnych może w tym zadaniu pomóc.

## PIŚMIENNICTWO

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual. Fourth edition. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1994.
2. Angst J., Merikangas K., Scheidegger P., Wicki W.: Recurrent brief depression: a new subtype of affective disorder. *J. Affect. Dis.* 1990, 19, 87–98.
3. Freeman H.L.: Historical and nosological aspects of dysthymia. *Act. Psychiatr. Scand.* 1994, 89, (suppl. 383): 7–11.
4. Grove W.M., Andreasen N.C.: Concepts, diagnosis and classification. W: *Handbook of Affective disorders*. Ed. Paykel E.S. Churchill Livingstone Edinburgh 1992, 25–41.
5. Hirschfeld R.M.A., Holzer C.E.: Depressive personality disorder: clinical implications. *J. Clin. Psychiatr.* 1994, 55, 4 (suppl): 10–17.
6. ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy

- kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Vesalius-IPiN, Kraków-Warszawa 1997
7. ICD-10. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research. WHO, Geneva 1993.
  8. Judd L.L., Rapaport M.H., Paulus M.P., Brown J.L.: Subsyndromal symptomatic depression: a new mood disorder? *J. Clin. Psychiatr.* 1994, 4 (suppl): 18–28.
  9. Keller M.B., Klein D.N., Hirschfeld R.M.A. i wsp.: Results of DSM-IV mood disorders field trial. *Am. J. Psychiatr.* 1995, 152: 843–849.
  10. Keller M.B., Shapiro R.W.: „Double depression”: superimposition of acute depressive episodes on chronic depressive disorders. *Am. J. Psychiatr.* 1982, 139, 438–442.
  11. Kocsis J.H., Frances A.J.: A critical discussion of DSM-III dysthymic disorder. *Am. J. Psychiatr.* 1987, 144, 1534–1542.
  12. Philips K.A., Gunderson J.G., Hirschfeld R.M.A. i wsp.: A review of the depressive personality. *Am. J. Psychiatr.* 1990, 147: 830–837.
  13. Pużyński S.: Krótkotrwałe nawracające zaburzenia depresyjne. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1997, 6 (w tym zeszytcie).
  14. Rush A.J., Weissenburger J.E.: Melancholic symptoms features and DSM-IV. *Am. J. Psychiatr.* 1994, 151: 489–499.
  15. Święcicki Ł.: Choroba afektywna sezonowa – kryteria diagnostyczne, epidemiologia i zasady leczenia światłem. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1997, 6 (w tym zeszytcie).
  16. Wciórka J.: Współczesne klasyfikacje i diagnostyka depresji. W: Przewłocka B. (red.): *Depresja i leki przeciwdepresyjne – 10 lat później. XIII Szkoła Zimowa Instytutu Farmakologii PAN, Mogilany 1996*, s. 5–18
  17. Zimmerman M., Coryell W., Pfohl B., Stangl D.: The validity of four definitions of endogenous depression. *Arch. Gen. Psychiatr.* 1986, 43: 234–244.

*Adres: Doc. Jacek Wciórka, I Klinika Psychiatryczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa*