



FORUM:

Wady i zalety podejścia prototypowego, czyli diagnozy psychiatrycznej przez porównywanie z prototypem *Advantages and disadvantages of a prototype-matching approach to psychiatric diagnosis*

Prototypowa diagnoza syndromów psychiatrycznych¹

Prototype diagnosis of psychiatric syndromes

DREW WESTIN

Department of Psychology and Psychiatry, Emory University, 36 Eagle Row, Atlanta, GA 30322, USA

STRESZCZENIE

Stosowana od początku lat 80. metoda diagnozowania pacjenta polegająca na ocenie obecności lub braku każdego z kilkuset objawów, a następnie łączeniu ich według specyficznych reguł w konfigurację odpowiadającą jednemu z kilkuset zaburzeń, doprowadziła do ogromnych postępów w badaniach naukowych w ciągu ostatnich 30 lat. Problemy związane z takim postępowaniem stają się jednak coraz bardziej widoczne, zwłaszcza w praktyce klinicznej. Podejściem alternatywnym, tak pomyślanym, by zmaksymalizować przydatność kliniczną, jest sprawdzanie zgodności z prototypem. Zamiast liczyć objawy i ustalać, czy przekraczają arbitralnie przyjęty punkt odcięcia, diagnosta ma oszacować na skali pięciopunktowej, w jakim stopniu prezentowany przez pacjenta obraz kliniczny jest zgodny z krótkim, jednoakapitowym opisem danego zaburzenia – od 1 („zgodność niewielka lub brak zgodności”) do 5 („bardzo duża zgodność”). W rezultacie powstaje diagnoza zarówno wymiarowa, określająca, w jakim stopniu pacjent „ma” dane zaburzenie, jak i diagnoza kategorialna, gdzie oceny 4 i 5 punktów oznaczają obecność zaburzenia, zaś ocena na 3 punkty wskazuje na „podprogowe” lub „klinicznie istotne” cechy. Zaburzenia i kryteria uwzględnione w prototypowych opisach można zidentyfikować empirycznie, wobec czego prototypy są nie tylko oparte na podstawach naukowych, ale także użyteczne klinicznie. Diagnoza prototypowa ma szereg zalet: pozwala lepiej uchwycić sposób, w jaki ludzie naturalnie klasyfikują nowe i złożone bodźce; jest klinicznie przydatna, rzetelna i łatwa do stosowania w codziennej praktyce; ułatwia diagnozę zarówno wymiarową, jak kategorialną oraz radykalnie zmniejsza liczbę kategorii wymaganych do klasyfikacji; pozwala na klinicznie bogatszą, uzyskaną empirycznie i odpowiednią kulturowo klasyfikację; zmniejsza dystans między kryteriami badań naukowych a wiedzą kliniczną, umożliwiając szkolącym się klinicytom przyswojenie sobie niewielkiego zbioru standaryzowanych prototypów, a z czasem wypracowanie bogatszych reprezentacji umysłowych poszczególnych zaburzeń w miarę nabywania doświadczenia klinicznego; może też przyczynić się do rozwiązania trudnego zagadnienia relacji między diagnozą psychiatryczną a upośledzeniem funkcjonalnym.

SUMMARY

The method of diagnosing patients used since the early 1980s in psychiatry, which involves evaluating each of several hundred symptoms for their presence or absence and then applying idiosyncratic rules for combining them for each of several hundred disorders, has led to great advances in research over the last 30 years. However, its problems have become increasingly apparent, particularly for clinical practice. An alternative approach, designed to maximize clinical utility, is prototype matching. Instead of counting symptoms of a disorder and determining whether they cross an arbitrary cutoff, the task of the diagnostician is to gauge the extent to which a patient's clinical presentation matches a paragraph-length description of the disorder using a simple 5-point scale, from 1 ("little or no match") to 5 ("very good match"). The result is both a dimensional diagnosis that captures the extent to which the patient "has" the disorder and a categorical diagnosis, with ratings of 4 and 5 corresponding to presence of the disorder and a rating of 3 indicating "subthreshold" or "clinically significant features". The disorders and criteria woven into the prototypes can be identified empirically, so that the prototypes are both scientifically grounded and clinically useful. Prototype diagnosis has a number of advantages: it better captures the way humans naturally classify novel and complex stimuli; is clinically helpful, reliable, and easy to use in everyday practice; facilitates both dimensional and categorical diagnosis and dramatically reduces the number of categories required for classification; allows for clinically richer, empirically derived, and culturally relevant classification; reduces the gap between research criteria and clinical knowledge, by allowing clinicians in training to learn a small set of standardized prototypes and to develop richer mental representations of the disorders over time through clinical experience; and can help resolve the thorny issue of the relation between psychiatric diagnosis and functional impairment.

¹ Polskie wydanie artykułu z *World Psychiatry* 2012; 11: 16–21, za życzliwą zgodą redakcji i wydawcy. *World Psychiatry* jest organem Światowego Stowarzyszenia Psychiatrycznego (World Psychiatric Association). Tłumaczenie: dr Barbara Mroziak.

Słowa kluczowe: prototyp / diagnoza / klasyfikacja / ICD-11 / DSM-5 / diagnoza kategoryjalna / diagnoza wymiarowa / współchorobowość

Key words: prototype / diagnosis / classification / ICD-11 / DSM-5 / categorical diagnosis / dimensional diagnosis / comorbidity

Diagnoza zawiera dwa elementy: sposób klasyfikacji zaburzeń oraz sposób diagnozowania pacjentów za pomocą tego systemu klasyfikacji. DSM-III stanowiło przełomowy moment w ewolucji obu tych składowych. Po pierwsze, nastąpiło przejście od systemu klasyfikacji opartego w niewielkim stopniu na empirycznych badaniach naukowych do systemu o przynajmniej skromnych podstawach naukowych oraz, co ważniejsze, powstały warunki umożliwiające eksplozję badań naukowych nad zaburzeniami psychicznymi. Po drugie, nastąpiło przejście od sposobu diagnozowania pacjentów, który charakteryzowała niewielka rzetelność czy zbieżność między dowolnymi dwoma klinicystami czy badaczami, do podejścia, które dla celów badawczych miało wysoką rzetelność (dzięki użyciu wywiadów strukturyzowanych), jednak nadal stwarzało istotne problemy w warunkach klinicznych [zob. 1].

W międzyczasie przeprowadzono tysiące badań naukowych nad klasyfikacją, aby sprawdzić, czy np. dodanie, odjęcie lub przeformułowanie tego lub innego kryterium diagnostycznego spowodowało by jakąś różnicę w zakresie rzetelności lub trafności. W niewielu badaniach zajmowano się jednak kwestią, jak zwiększyć kliniczną użyteczność, trafność i rzetelność procesu diagnostycznego. Twórcy kolejnych wersji DSM zakładali, że klinicyści powinni zmienić swój sposób postępowania i zacząć diagnozować pacjentów w taki sposób, jak robią to badacze.

Takie założenie powoduje rozliczne problemy. DSM-IV-TR [2] jest podręcznikiem liczącym 886 stron. Pomysł, że klinicysta w codziennej praktyce mógłby, chciałby czy powinien zadać pytanie o każde z setek przeważnie nieistotnych kryteriów, gdy zgłasza się do niego stosunkowo dobrze funkcjonujący pacjent np. z objawami lękowymi i problemami małżeńskimi, jest w najlepszym razie dyskusyjny. Co więcej, wiele pytań wymaganych do postawienia diagnozy w celach badawczych nie ma związku z zadaniami diagnozy klinicznej i leczenia. Ustalenie, czy pacjent z objawami bulimii objadał się napadowo i brał na przeczyszczenie dwa razy w tygodniu co tydzień przez arbitralnie określony czas jest znacznie mniej przydatne klinicznie niż uzyskanie informacji, że pacjent ten często objada się napadowo i przeczyszcza (np. codziennie, co tydzień czy kilka razy dziennie) oraz że epizody objadania się poprzedzone są poczuciem odrzucenia lub porzucenia.

Arbitralny charakter kryteriów dotyczących ciężkości, czasu trwania i liczby stwierdzonych objawów jest nie tylko problemem wymagającym przepracowa-

nia klinicznego, ale także badawczym. Przeprowadzając metaanalizę rezultatów empirycznie potwierdzonych metod terapii najbardziej rozpowszechnionych zaburzeń (np. zaburzeń nastroju i zaburzeń lękowych), moi koledzy i ja stwierdziliśmy, że w przeciętnym badaniu wykluczano większość pacjentów branych pod uwagę w próbach klinicznych, ponieważ nie spełniali oni rygorystycznych kryteriów kwalifikujących do badania lub mieli „zaburzenia współwystępujące”, które w rzeczywistości są normą, a nie wyjątkiem, zarówno w badaniach naukowych, jak w pracy klinicznej [3]. Ponadto, w próbach klinicznych warunkiem wstępnym przy kwalifikacji do badania jest diagnoza kategoryjalna, jednak praktycznie nikt nie posługuje się nią jako podstawową miarą uzyskanych końcowych efektów leczenia, ponieważ w ciągu kilku tygodni jeden czy dwa objawy zaburzenia mogą ustąpić, sprawiając wrażenie, że nastąpiła remisja, podczas gdy w rzeczywistości pacjent nadal ma nasilone objawy. Natomiast badacze przyjmują wymiarowe mierniki takich konstruktów jak depresja czy lęk jako kryteria oceny rezultatów leczenia, ponieważ zdają sobie sprawę, że pacjenci zmieniają się pod względem *stopnia* nasilenia swoich objawów, a nie tylko tego, czy objawy w ogóle występują, czy nie.

Mógłbym tu przedstawić długą listę takich zastrzeżeń wobec stosowanego w diagnozie psychiatrycznej od 1980 roku podejścia diagnostycznego, polegającego na liczeniu objawów i określaniu punktu odcięcia. Lista obejmowałaby trudności, jakie mają zarówno klinicyści, jak i badacze z zapamiętaniem kryteriów i złożonych algorytmów diagnostycznych nawet dla najczęstszych zaburzeń, a także fakt, że przeciętny pacjent otrzymuje niewiele mówiące rozpoznanie „nieokreślony inaczej” (*not otherwise specified*, NOS) w niemal każdym obszarze podręcznika diagnostycznego, ale nie będę tutaj wyliczał tylu zarzutów [zob. 4,5]. Dość powiedzieć, że chyba nic dziwnego, iż metoda diagnozowania pacjentów przeznaczona do celów naukowych, nigdy w żaden sposób niezwyfikowana empirycznie przez porównanie z inną, z wyjątkiem nieudanego podejścia w postaci DSM-I/DSM-II, z czasem sama będzie stwarzała problemy, zwłaszcza że zmieniły się koncepcje psychopatologii (np. większość zaburzeń uznaje się za spektrum, lub przyjmuje się, że są obecne w różnym stopniu). Twórcy ICD-10 próbowali koordynować swoje działania z pracami kolegów zajmujących się DSM, lecz rozsądnie z tego zrezygnowali, opracowując odrębny podręcznik diagnozy klinicznej, któremu nadal znacząco większą elastyczność i formę

znacznie bardziej przyjazną dla użytkownika. Problem z taksonomią diagnostyczną polega oczywiście na tym, że różni klinicyści mogą rozmaicie korzystać z owej elastyczności, co prowadzi do problemów z rzetelnością diagnozy w praktyce klinicznej.

Opracowaliśmy alternatywne podejście do diagnozy, polegające na ocenie zgodności z prototypem: diagności porównują ogólny obraz kliniczny ujawniany przez pacjenta z zestawem prototypów diagnostycznych – do użytku klinicznego są to nieprzekraczające jednego akapitu opisy empirycznie zidentyfikowanych zaburzeń – oraz oceniają „dobroć dopasowania”, czyli stopień, w jakim kliniczny obraz pacjenta pasuje do prototypu. Zamiast pytać o każdy z kilkuset objawów, oceniając, czy pacjent „ma” dany objaw, a następnie dodawać czy jakoś inaczej łączyć objawy (np. 3 z kolumny A, 5 z kolumny B), aby ustalić, czy pacjent przekracza diagnostyczny próg „bycia przypadkiem”, klinicysta wykorzystuje wszelkie dostępne dane, w tym obserwację kliniczną, odpowiedzi pacjenta na zadawane pytania, dane z karty pacjenta, dane od informatorów lub z wcześniejszego leczenia oraz narracje pacjenta o jego problemach i związkach – aby określić, w jakim stopniu pacjent pasuje do opisów diagnostycznych, w których kryteria diagnostyczne wpleciono w łatwy do zapamiętania *Gestalt*, tak pomyślany, by ułatwiał rozpoznanie wzoru.

W naszej procedurze diagnozy klinicznej polegającej na oszacowaniu dopasowania do prototypu [4,7] diagnosta ocenia pacjenta na skali 5-stopniowej pod względem zgodności z prototypem (ryc. 1). Skala zawiera oceny od 1 (*zgodność mała lub brak zgodności*) do 5 (*bardzo duża zgodność – pacjent jest przykładem tego zaburzenia; przypadek prototypowy*),

przy czym oceny 4 i 5 odpowiadają diagnozie kategorycznej, zaś ocena 3 wskazuje na *podprogowe* lub *klinicznie istotne cechy* danego zaburzenia (podobnie jak wówczas, gdy lekarze mierzą ciśnienie krwi traktowane jako zmienna ciągła, ale zgodnie z konwencją określają wartości w pewnych przedziałach jako „graniczne” lub „wysokie”). Jedna ocena daje zatem diagnozę zarówno kategoryczną, jak wymiarową, bez liczenia objawów. Zakładana wartość wyjściowa dla każdej diagnozy wynosi 1 (*zgodność mała lub brak zgodności*), wobec czego klinicyści poświęcają czas tylko na oszacowanie prototypów odnoszących się do pacjenta, co umożliwi szybkie rozpoznanie. Łatwe przełożenie diagnozy wymiarowej na kategoryczną (np. ocena „3 punkty” przekłada się na *klinicznie istotne cechy*) jest szczególnie przydatne do porozumiewania się profesjonalistów między sobą, ponieważ mało prawdopodobne, aby uznali za użyteczny opis pacjenta w rodzaju: „ma 3 w dużej depresji, 2 w lęku panicznym” (to jedno z głównych ograniczeń potencjalnych podejść dymensjonalnych w diagnozie psychiatrycznej). Coraz liczniejsze badania wskazują, że klinicyści mogą dokonywać prototypowych ocen tego typu w odniesieniu do wielu syndromów, od zaburzeń lękowych i zaburzeń nastroju do zaburzeń osobowości, z dużą rzetelnością [7–10]. Można dowolnie zwiększać złożoność tej metody diagnostycznej, na przykład przez dodanie wtórnych ocen ciężkości albo czasu trwania, albo empirycznie zidentyfikowanych aspektów danego zaburzenia (np. nasilenia fenomenologii depresyjnej, ciężkości objawów wegetatywnych czy melancholicznych w dużej depresji; wieku zachorowania oraz ciężkości deficytów uwagi, nadpobudliwości ruchowej i impulsywności w zespole nadpobudliwości z deficytem uwagi).

Pacjenci, którzy pasują do tego prototypu, doznali lub byli świadkami traumatycznego zdarzenia, które wzbudziło w nich intensywne uczucie lęku, bezradności lub zgrozy. Ciągłe na nowo przeżywają zdarzenie, które może ich prześladować na różne sposoby: mogą mieć myśli natrętne, obrazy mentalne lub sny związane z traumą; mogą mieć poczucie, że znów doświadczają owego zdarzenia poprzez nagłe reminiscencje – obrazy traumy (*flashback*), złudzenia, obrazy halucynacyjne – albo poczucie, że zdarzenie to znów się dzieje; mogą odczuwać intensywne cierpienie psychiczne lub pobudzenie fizjologiczne wywołane przez „bodźce spustowe” przypominające lub symbolizujące owo zdarzenie. Pacjenci, którzy pasują do tego prototypu, starają się unikać ludzi, bodźców, myśli, uczuć, miejsc czy rozmów, które mogłyby im to zdarzenie przypominać oraz często nie potrafią przypomnieć sobie jego ważnych aspektów. Mogą się również „zamknąć w sobie”, doznając odrętwienia emocjonalnego, które pozostawia im ograniczony zakres emocji, mogą mieć poczucie skróconej przyszłości (np. nie oczekują kariery zawodowej, małżeństwa, dzieci, czy normalnej długości życia), poczucie odizolowania od innych czy odosobnienia, mogą mieć ograniczone zainteresowania czy stronić od ważnych zajęć, które kiedyś były dla nich fascynujące. Pacjenci, którzy pasują do tego prototypu, mają uporczywe objawy pobudzenia fizjologicznego, takie jak trudności z zasypianiem lub utrzymaniem ciągłości snu, trudności z koncentracją, nadmierna reakcja przestraszenia, nadwrażliwość na możliwe oznaki niebezpieczeństwa, drażliwość lub wybuchy złości.

1. opis mało lub wcale nie pasuje (nie dotyczy pacjenta)	
2. trochę pasuje (pacjent ma niektóre cechy tego zaburzenia)	
3. pasuje umiarkowanie (pacjent ma istotne cechy tego zaburzenia)	Cechy
4. dobrze pasuje (pacjent ma to zaburzenie; diagnoza odnosi się do niego)	Diagnoza
5. bardzo dobrze pasuje (pacjent jest przykładem tego zaburzenia; przypadek prototypowy)	

Rycina 1. Prototyp zespołu stresu pourazowego

Zanim krótko omówimy niektóre zalety tego podejścia, warto zwrócić uwagę na trzy kwestie. Po pierwsze, zarówno politetyczne kryteria zamieszczone w DSM-IV (gdzie wymaga się, by pacjent spełniał nie wszystkie, lecz pewną liczbę kryteriów diagnostycznych dla zaburzenia), a zwłaszcza podręcznik kliniczny ICD-10, w zasadzie są próbą operacjonalizacji zgodności z prototypem. W przypadku DSM-III-R i DSM-IV ten cel sformułowano *explicite*, na podstawie wczesnych badań nad prototypami w dopiero powstającej dziedzinie kognitywistyki [11]. ICD-10 w wersji dla klinicystów jest już zbliżony do procedury oceny zgodności z prototypem, gdzie klinicysta dostaje opisy zaburzenia, zwykle nieprzekraczające jednego akapitu, często z zestawem dodatkowych uwag do rozważenia i jest proszony o zdiagnozowanie pacjenta na podstawie tego, co o nim wie w danym momencie (np. po jednej sesji lub po wielu miesiącach leczenia), z takim stopniem pewności, jaki uzna za dogodny. Tym, czego obecnemu podręcznikowi brakuje, jest sposób operacjonalizacji oceny klinicznej dla zmaksymalizowania rzetelności, tak, by klinicyści mogli mieć pewność, że kiedy pacjent przychodzi do nich z określonym rozpoznaniem – albo kiedy sami diagnozują pacjenta – to diagnoza ta jest równie trafna i użyteczna klinicznie, jak praktyczna.

Po drugie, jak właśnie wykazali Reed i wsp. [12], w badaniu ankietowym przeprowadzonym przez WPA-WHO (Światową Organizację Zdrowia), w którym uczestniczyło niemal 5000 psychiatrów z ponad 40 krajów, większość psychiatrów praktyków, w tym posługujących się zarówno ICD, jak i DSM, preferuje metodę diagnostyczną, która ma wiele cech wspólnych z diagnozą prototypową, z powodów, o których będzie wkrótce mowa. Dużo większy odsetek psychiatrów wolał: podejścia umożliwiające diagnozę raczej elastyczną niż opartą na ścisłych kryteriach, zredukowanie liczby diagnoz psychiatrycznych do zestawu możliwego do ogarnięcia (gdzieś między 30 a 100), podejścia przyjazne dla klinicysty i klinicznie przydatne (np. umożliwiające klinicyście przekazanie swojej oceny klinicznej oraz podejmowanie na jej podstawie użytecznych decyzji terapeutycznych); oraz umożliwiające klinicystom uwzględnianie wymiarowych aspektów obrazu klinicznego pacjenta w sposób trafnie oddający rzeczywistość kliniczną (np. diagnozowanie patologii, która wprawdzie nie spełnia kryteriów diagnozy kategorialnej, lecz jest istotna klinicznie).

Po trzecie, jak niedawno zauważyła powołana przez WHO *International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioral Disorders* [13], podręcznik diagnostyczny ma wiele zastosowań: kliniczne, badawcze, nauczanie i szkolenie, cele statystyczne oraz związane ze zdrowiem publicznym. Nie ma podejść, które prawdopodobnie byłyby jednakowo przydatne czy optymalne dla wszystkich tych zasto-

sowań, lecz metoda diagnozowania pacjentów powinna być w miarę użyteczna dla wszystkich tych celów, a zwłaszcza powinna odznaczać się użytecznością kliniczną, w tym ukierunkowywać postępowanie lecznicze i w dziedzinie zdrowia publicznego. Jak wkrótce zobaczymy, diagnoza prototypowa ma zalety w każdym z tych obszarów.

ZALETY DIAGNOZY PROTOTYPOWEJ

Diagnoza prototypowa ma szereg zalet. Po pierwsze, lepiej pasuje do sposobu, w jaki ludzie naturalnie myślą i klasyfikują. Ludzie (w tym przypadku diagnozujący klinicyści) skłonni są kategoryzować złożone, nowe bodźce (w tym przypadku obraz kliniczny przedstawiany przez pacjenta), dokonując probabilistycznej oceny stopnia dopasowania do modelu umysłowego, jaki sobie stworzyli (prototypu) lub do wybitnych przykładów kategorii, które potencjalnie wchodzi w grę [14–16]. Badania w dziedzinie kognitywistyki wskazują, że dokonując ocen i podejmując decyzje w życiu codziennym, ludzie skłonni są przyjmować rozwiązania *zadostarczające* (skrzyżowanie *zadowalającego* z *wystarczającym*), czyli dokonują ocen „wystarczająco dobrych” dla swoich celów, a potem, jeśli zajdzie taka potrzeba, precyzują je na podstawie jawnych reguł podejmowania decyzji [17–19]. Na przykład, zamiast sięgać do podręczników ICD-10 czy DSM-IV, aby zdecydować, czy pacjent z umiarkowanymi objawami lęku panicznego występującymi raz czy dwa w tygodniu spełnia formalne kryteria, większość klinicystów rozpoznaby u tego pacjenta umiarkowane, klinicznie istotne objawy lęku panicznego, niezależnie od tego, czy ów pacjent spełnia formalne kryteria diagnostyczne, czy nie. Zważywszy na to, jak drogie są badania naukowe nad implikacjami leczenia objawów klinicznych w porównaniu z podprogowymi, oraz na dane, z których wynika, że warianty podprogowe często powodują podobny poziom upośledzenia funkcjonalnego [20,21], przyjmowanie rozwiązań *zadostarczających* nie jest irracjonalną strategią diagnostyczną w praktyce klinicznej.

Porównajmy to podejście z obecnymi procedurami diagnostycznymi wywodzącymi się z *Research Diagnostic Criteria* (kryteriów diagnostycznych dla badań naukowych) z lat 70. [22], które wymagają, by klinicyści zapamiętali setki list objawów oraz, co równie problematyczne, setki odrębnych reguł podejmowania decyzji – dla każdego zaburzenia. Nawet jeśli odłożymy na bok kwestię trafności tych list i punktów odcięcia, ludzie mają trudności z zapamiętywaniem długich list, nie mówiąc już o stworzeniu na ich podstawie spójnej reprezentacji. Oczekiwanie, że klinicyści zapamiętają, jak łączyć elementy owych list, aby sformułować diagnozę, jest nierealistyczne, zwłaszcza w sytuacji, gdy dokładna liczba objawów z tej czy innej podka-

tegorii może mieć znaczenie dla postawienia „prawidłowej” diagnozy dla celów badania naukowego, lecz nie w praktyce klinicznej. Diagnoza zespołu stresu pourazowego (PTSD) według DSM-IV, na przykład, wymaga co najmniej jednego objawu przeżywania traumatycznego zdarzenia od nowa, trzech objawów unikania/odrętwienia i dwóch nadpobudliwości. Natomiast dla klinicysty liczy się „samo sedno” – czyli to, że pacjent doświadczył traumatycznego zdarzenia i że ma jakąś kombinację tych objawów o różnym nasileniu – w sposób, który powinien wpływać na podejmowanie decyzji klinicznych i leczenie.

Prowadzi to do drugiej zalety diagnozy prototypowej: użyteczności klinicznej. W licznych badaniach prowadzonych przez wiele zespołów badawczych klinicyści oceniali diagnozę prototypową jako znacznie bardziej przydatną klinicznie niż lepiej im znany system DSM-IV i alternatywne systemy wymiarowe w odniesieniu do szeregu zaburzeń i na wielu skalach, poczynając od użyteczności w porozumiewaniu się z innymi klinicystami, a na łatwości stosowania kończąc [5, 7, 8, 23, 24]. Chyba nic dziwnego, że w coraz liczniejszych badaniach stwierdza się, iż diagnoza prototypowa, w odróżnieniu od diagnozy opartej na ścisłych kryteriach operacyjnych, wykazuje wysoką rzetelność w praktyce klinicznej; korelacje między dwoma klinicystami zwykle wynoszą od 0,50 do 0,70 [10, 25].

Jednym z powodów, dla których klinicyści wolą diagnozę prototypową, jest jej trzecia zaleta, a mianowicie ten typ diagnozy pozwala im stosunkowo łatwo stworzyć zarówno kategorialną, jak wymiarową reprezentację tego, co obserwują u swoich pacjentów, i przekazać to innym świadczeniodawcom opieki zdrowotnej. Podczas gdy diagnoza wymiarowa jest prawdopodobnie najbardziej precyzyjna w większości przypadków, zaś diagnoza kategorialna jest najlepiej znana, dając poczucie, że jest najbardziej „naturalna”, diagnoza prototypowa łączy w sobie te zalety obu pozostałych diagnoz. Weźmy kategorię zaburzeń odżywiania z DSM-IV. Obejmuje ona dwa rozpoznania, z których każde ma dwa podtypy: jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*) z dwoma podtypami: restrykcyjnym oraz naprzemiennego objadania się-przeczyszczenia, oraz żarłoczność psychiczną (*bulimia nervosa*) typu przeczyszczającego (*purging*) i nieprzeczyszczającego (*non-purging*) – a także diagnozę NOS (nieokreślone inaczej), co w sumie daje pięć kategorii (i dalsze podobno w przygotowaniu). Dla specjalisty od zaburzeń odżywiania może to być stosunkowo mała liczba, ale lekarzowi ogólnemu – nie mówiąc o lekarzu pierwszego kontaktu – trudno będzie zapamiętać pięć zaburzeń o wielu kryteriach i odmiennych punktach odcięcia, zwłaszcza, że zaburzenie odżywiania jest tylko jednym z setek zaburzeń w podręczniku. Nawet dla specjalistów i badaczy stanowi to spore wyzwanie diagnostyczne – jak wskazu-

ją badania – dlatego że według tego podejścia mniej więcej połowa pacjentów z klinicznie istotną patologią odżywiania kwalifikuje się do niejasnej kategorii „zaburzenie nieokreślone inaczej (NOS)”, że ponad 60% pacjentów z rozpoznaniem jakiegoś typu anoreksji w pewnym momencie „przechodzi” w bulimie i odwrotnie oraz że osoby ze współwystępującymi objawami obu tych zaburzeń arbitralnie klasyfikuje się jako podtyp anoreksji [3].

Chyba nic dziwnego, że zdecydowana większość klinicystów uczestniczących w badaniu, czyli północnoamerykańskich psychiatrów i psychologów, którzy leczyli co najmniej jednego pacjenta z zaburzeniami odżywiania, wolała diagnozę prototypową niż lepiej znany system DSM-IV [zob. 8]. Prawdopodobnie częściowo wynika to z łatwości stosowania diagnozy prototypowej, ponieważ ogromnie zmniejsza ona liczbę zaburzeń, jakie trzeba zamieścić w podręczniku. Aby uwzględnić całe spektrum patologii odżywiania, przedstawiliśmy klinicystom tylko dwa prototypy: jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*, zespół, który charakteryzuje głodzenie się) i żarłoczność psychiczną (*bulimia nervosa*, zespół, dla którego charakterystyczne jest napadowe objadanie się i przeczyszczenie), przy czym oba prototypy wzięto wprost z kryteriów DSM-IV, pomijając tylko kryteria ciężkości i czasu trwania (klinicyści dokonywali również dodatkowych ocen na skalach ciężkości napadowego objadania się, nasilenia przeczyszczenia oraz nasilenia utraty lub przybrania na wadze). Zamiast zliczać objawy i decydować, czy pacjentka spełnia arbitralne wymagania i punkty odcięcia (np. objadanie się i przeczyszczenie co najmniej dwa razy w tygodniu przez minimum 3 miesiące), klinicysta miał po prostu oszacować, w jakim stopniu stan pacjentki pasuje do każdego z prototypów. Ocena 4 lub 5 punktów dla prototypu bulimii oznaczała, że obraz objawów pacjentki pasuje do prototypu diagnostycznego tak dobrze, że uzasadnia diagnozę kategorialną. Ocena 3 punkty dla prototypu anoreksji oznaczała, że obraz objawów pacjentki przypomina ten prototyp, ale nie na tyle, aby uzasadniało to diagnozę kategorialną. Pacjentka z takimi dwoma ocenami otrzymałaby zatem diagnozę kategorialną: „bulimia z cechami anorektycznymi”.

Czwarta zaleta diagnozy prototypowej polega na tym, że umożliwia ona większą elastyczność i trafność nie tylko procesu diagnostycznego, ale także definicji zaburzeń i kryteriów, które można włączyć do prototypów. W opisanym wyżej badaniu po prostu połączyliśmy tematycznie kryteria diagnostyczne każdego z dwóch głównych zespołów zaburzeń odżywiania, aby utworzyć prototypy. W innym badaniu zaburzenia i kryteria, z których zbudowane są prototypy, uzyskaliśmy empirycznie z dużych prób, korzystając z dokonanych przez klinicystów szczegółowych ocen rzeczywistych pacjentów z ich prak-

tyki lekarskiej, a następnie posłużyliśmy się takimi procedurami statystycznymi, jak analiza czynnikowa, aby zidentyfikować zarówno zaburzenia, które należy uwzględnić, jak i kryteria dla tych zaburzeń. Pozwala to nie tylko na opracowanie empirycznie trafnych zaburzeń (przy czym żaden komitet nie musi kłócić się o to, jakie zaburzenia czy kryteria należy włączyć) – w tym zaburzenia specyficzne kulturowo, które mogą się wyłonić z analizy czynnikowej w jednej kulturze, lecz nie w innej – ale także na klinicznie bogatsze opisy diagnostyczne. Na przykład, Westen i Shedler [26] w ten sposób uzyskali zestaw prototypów osobowości pod wieloma względami przypominających zaburzenia osobowości z DSM-IV i ICD-10. Zawierały jednak szereg dalszych subtelnych psychologicznych kryteriów diagnostycznych, które są ważne klinicznie, a wyłoniły się empirycznie. Kryteriów tych nie było wśród oficjalnych kryteriów diagnostycznych, ponieważ pacjenci nie mogą ich z łatwością opisać podczas wywiadu ustrukturyzowanego (np. dla obsesyjno-kompulsywnego zaburzenia osobowości: „Przywiązuje wielką wagę do spostrzegania i przedstawiania siebie jako osoby emocjonalnie silnej, bez problemów, panującej nad swymi emocjami, mimo wyraźnych dowodów, że kryje się pod tym brak poczucia bezpieczeństwa, lęk lub cierpienie emocjonalne”).

Opracowywanie prototypów w ten sposób znacznie ogranicza artefakt „współchorobowości”, dzięki temu, że identyfikuje inne od pozostałych grupy pacjentów lub kryteriów. Nawet jeśli używa się prototypów stworzonych z obecnych nierozłącznych kategorii i kryteriów diagnostycznych, diagnoza prototypowa ma to do siebie, że zmniejsza współchorobowość będącą artefaktem, ponieważ klinicyści dokonują ocen *konfiguracyjnych*, a nie ocen dotyczących poszczególnych objawów. Weźmy PTSD, zespół, który, jak stwierdzono, często współwystępuje z zaburzeniami nastroju. W niektórych przypadkach taka współchorobowość niewątpliwie istnieje. W innych przypadkach jednak współchorobowość jest artefaktem wynikającym ze współczesnych metod diagnostycznych. Na przykład, dysforia powiązana z anhedonią i poczuciem ogólnej beznadziejności jest wyraźnie częścią obrazu depresyjnego, a zatem przy posługiwaniu się systemem prototypowym przyczyniłaby się do rozpoznania dużej depresji lub dystymii. Natomiast dysforia, której towarzyszą natrętne myśli o traumatycznym zdarzeniu lub poczucie winy ocalonego, byłaby prawdopodobnie uznana za część zespołu PTSD u tego pacjenta.

Piątą zaletą diagnozy prototypowej jest jej przydatność do integracji nauczania i szkolenia z późniejszym doświadczeniem klinicznym. Diagnoza prototypowa ma pomóc klinycystom w stworzeniu sobie mentalnej reprezentacji różnego rodzaju zaburzeń, i co równie ważne – ma doprowadzić do standaryzacji owych reprezentacji u różnych diagnostów. Nie cho-

dzi tu o uświelenie zapamiętania listy objawów, celem jest utworzenie umysłowych reprezentacji spójnych syndromów, w których objawy przedmiotowe i podmiotowe są powiązane funkcjonalnie [4, 8, 23]. Takie podejście naśladuje działanie mózgu, postępuje się tu raczej zgodnie niż niezgodnie z naturalnie przebiegającymi procesami poznawczymi [16, 27–29].

Celem nauczania i szkolenia staje się zatem pomoc szkolącym się w opanowaniu stosunkowo małej liczby zaburzeń pogrupowanych w stosunkowo niewiele kategorii (np. zaburzenia psychotyczne, zaburzenia nastroju, zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych, zaburzenia odżywiania, zaburzenia osobowości, zaburzenia rozwojowe), przy czym każda kategoria zawiera dwa do dziesięciu prototypów (co daje w sumie 30–100 zaburzeń, w zależności od liczby odrębnych zaburzeń, jakie wyłonią się empirycznie). Formalne szkolenie w zakresie diagnozy polegałoby na nauczaniu się prototypów, przy czym w podręczniku diagnostycznym zamieszczono by dwa lub trzy przykłady każdego zaburzenia, zaś w supervizji w zakresie diagnozy kładziono by nacisk nie tylko na umiejętność przeprowadzania wywiadu diagnostycznego, ale także na uczenie się, jak rozpoznawać konfiguracje, na ich oszacowanie ilościowe oraz formułowanie diagnozy różnicowej. Zamiast sytuacji, w której dzięki wieloletniemu doświadczeniu klinicyści w coraz większym stopniu ignorują listy objawów z podręcznika diagnostycznego, w miarę jak w rzeczywistej praktyce klinicznej uczą się zaburzeń w całej ich złożoności, tutaj wieloletnie doświadczenie pomagałoby klinycystom uszczegółowić i wzbogacać wcześniej utworzone prototypy umysłowe, na zasadzie dokładania nowych doświadczeń do prototypów, z którymi po raz pierwszy zapoznali się podczas szkolenia.

I wreszcie, diagnoza prototypowa oddziela dwa ściśle ze sobą związane, lecz nieidentyczne pytania, które postawiła Komisja Doradca WHO [13], a mianowicie w jakim stopniu pacjent ma dane zaburzenie, oraz jaki jest stopień upośledzenia funkcjonalnego pacjenta. Oceny prototypowe stanowią oszacowanie stopnia zgodności z zaburzeniem. Chociaż wszystkie zaburzenia powodują jakiś stopień dysfunkcji, ogromnie się różnią pod względem tego, jak wielka i jakiego rodzaju jest owa dysfunkcja, na którą mają również wpływ różnice indywidualne, w zależności od społecznych, psychologicznych i innych zasobów danej osoby. Tak więc niektórzy pacjenci mogą nadzwyczaj dobrze funkcjonować w życiu zawodowym, choć są dystymiczni, podczas gdy inni dystymia inwalidyzuje. Określenie stopnia niepełnosprawności nie jest tym samym, co określenie, w jakim stopniu pacjent pasuje do prototypu diagnostycznego, chociaż stwierdziliśmy, że oceny prototypowe mogą być ogromnie przydatne do zmierzenia, w jakim stopniu pacjenci pasują do prototypu zdrowia psychicznego [zob. 7].

WNIOSKI

Opisując zalety diagnozy prototypowej, nie chciałem sugerować, że nie ma ona żadnych ograniczeń (na kolejnych stronach niewątpliwie zostaną one bardzo klarownie przedstawione przez krytyków). Chyba najważniejszą wadą diagnozy prototypowej jest to, że może sprzyjać tendencyjności w formie potwierdzającego zniekształcania ocen oraz innym heurystykom, które mogą prowadzić klinicystów, jak wszystkich ludzi, do dostrzegania tego, co spodziewają się zobaczyć, lub do trzymania się hipotez o pacjencie mimo zaprzeczających im informacji. Czy diagnoza prototypowa sprzyja takiej tendencyjności bardziej niż podejścia reprezentowane przez DSM-IV i ICD-10 – to pytanie empiryczne, chociaż z pewnością możliwe, że zadanie klinicystów, polegające na ocenie zgodności objawów pacjenta z prototypami mogłoby ich skłaniać do ignorowania danych niepotwierdzających lub upartego trzymania się początkowych hipotez diagnostycznych.

Istnieją trzy najlepsze antidota na tego rodzaju tendencyjność diagnostyczną, a wszystkich tych sposobów powinniśmy uczyć młodych klinicystów i sami je stosować przez wszystkie lata własnej praktyki klinicznej, niezależnie od systemu diagnozy. Po pierwsze, trzeba zrozumieć uprzedzenia poznawcze i emocjonalne, przeważnie nieświadome, do których nasz umysł ma naturalną skłonność, oraz prowadzić rygorystyczną i ciągłą samoobserwację, starając się ową tendencyjność zminimalizować w pracy z naszymi pacjentami. Po drugie, należy uczyć naszych studentów i stażystów zadawania sobie pytań (sami także powinniśmy je sobie zadawać) – po to, by generować hipotezy alternatywne w stosunku do tych, które mamy obecnie, abyśmy rozumieli, co widzimy klinicznie. Po trzecie, należy zawsze uzupełniać diagnozę opisową diagnozą *funkcjonalną*, gdzie nie stawia się pytania o to, „co ten pacjent *ma*”, lecz o to, „w jakich warunkach ten pacjent myśli, czuje i zachowuje się w ten szczególny sposób (np. dlaczego ten pacjent jest do tego stopnia depresyjny *teraz*, a w jakich okolicznościach funkcjonuje inaczej)?”. Zadając to ostatnie pytanie, nie tylko kwestionujemy wszelkie samozadowolenie z diagnozy, jakie mieć możemy, ale także skupiamy się na tym, co w diagnozie klinicznej najważniejsze, a mianowicie na zrozumieniu, jak działał umysł i mózg tego szczególnego pacjenta i w jakich okolicznościach mógłby działać inaczej.

PODZIĘKOWANIA

Badanie to było finansowane przez *National Institute of Mental Health*, z grantów R01-MH62377 i R01-MH78100.

PIŚMIENNICTWO

1. Maj M. Psychiatric diagnosis: pros and cons of prototypes vs. operational criteria. *World Psychiatry* 2011;10:81–2.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., text revision. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
3. Westen D, Novotny CM, Thompson-Brenner H. The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychol Bull* 2004;130:631–63.
4. Westen D, Bradley R. Prototype diagnosis of personality. In: Strack S (ed). *Handbook of personology and psychopathology*. New York: Wiley, 2005:238–56.
5. Westen D, Heim A, Morrison K et al. Simplifying diagnosis using a prototype-matching approach: implications for the next edition of the DSM. In: Beutler LE, Malik ML (eds). *Rethinking the DSM: a psychological perspective*. Washington: American Psychological Association, 2002:221–50.
6. Westen D, Shedler J. A prototype matching approach to diagnosing personality disorders: toward DSM-V. *J Pers Disord* 2000;14:109–26.
7. Westen D, Shedler J, Bradley R. A prototype approach to personality disorder diagnosis. *Am J Psychiatry* 2006;163:846–56.
8. Ortigo KM, Bradley B, Westen D. An empirically based prototype diagnostic system for DSM-V and ICD-11. In: Millon T, Krueger R, Simonsen E (eds). *Contemporary directions in psychopathology: scientific foundations of the DSM-V and ICD-11*. New York: Guilford, 2010:374–90.
9. DeFife JA, Peart J, Bradley B et al. The validity of prototype diagnosis in everyday practice. Submitted for publication.
10. DeFife JA, Westen D, Bradley B et al. Prototype personality diagnosis in clinical practice: a viable alternative for DSM-5 and ICD-11. *Prof Psychol Res Pr* 2010;41:482–7.
11. Widiger T, Frances A. The DSM-III personality disorders: perspectives from psychology. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:615–23.
12. Reed GM, Correia JM, Esparza P et al. The WPA-WHO global survey of psychiatrists' attitudes towards mental disorders classification. *World Psychiatry* 2011;10:118–31.
13. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry* 2011;10:86–92.
14. Folstein JR, Van Petten C. Multidimensional rule, unidimensional rule, and similarity strategies in categorization: event-related brain potential correlates. *J Exp Psychol Learn Mem Cogn* 2004;30:1026–44.
15. Medin DL. Concepts and conceptual structure. *Am Psychol* 1989;44:1469–81.
16. Rosch E, Mervis CB. Family resemblances: studies in the internal structure of categories. *Cogn Psychol* 1975;7:573–605.
17. Gigerenzer G, Goldstein DG. Reasoning the fast and frugal way: models of bounded rationality. *Psychol Rev* 1996;103:650–69.
18. Gigerenzer G. *Gut feelings: the intelligence of the unconscious*. New York: Penguin Group, 2008.
19. Simon HA. Information-processing theory of human problem solving. In: Estes WK (ed). *Handbook of learning and cognitive processes*. Hillsdale: Erlbaum, 1978.
20. Fava GA, Mangelli L. Assessment of subclinical symptoms and psychological wellbeing in depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001;251:47–52.
21. Marshall RD, Olfson M, Hellman F et al. Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. *Am J Psychiatry* 2001;158:1467–73.
22. Spitzer RL, Endicott J, Robins E. Research Diagnostic Criteria: rationale and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1978;35:773–82.

23. Rottman B, Ahn W, Sanislow C et al. Can clinicians recognize DSM-IV personality disorders from five-factor model descriptions of patient cases? *Am J Psychiatry* 2009;166:427–33.
24. Spitzer R, First M, Shedler J et al. Clinical utility of five dimensional systems for personality diagnosis: a “consumer preference” study. *J Nerv Ment Dis* 2008;196:356–74.
25. Westen D, Muderrisoglu S. Reliability and validity of personality disorder assessment using a systematic clinical interview: evaluating an alternative to structured interviews. *J Pers Disord* 2003; 17:350–68.
26. Westen D, Shedler J. Revising and assessing Axis II, Part 2: toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *Am J Psychiatry* 1999;156:273–85.
27. Kim NS, Ahn W. Clinical psychologists’ theory-based representations of mental disorders predict their diagnostic reasoning and memory. *J Exper Psychol* 2002;131:451–76.
28. Cantor N, Genero N. Psychiatric diagnosis and natural categorization: a close analogy. In: Millon T, Klerman GL (eds). *Contemporary directions in psychopathology: toward the DSM-IV*. New York: Guilford, 1986:233–56.
29. Ahn W. Effect of causal structure on category construction. *Memory & Cognition* 1999;27:1008–23.

K O M E N T A R Z E – C O M M E N T A R I E S

Prototypy, syndromy i wymiary psychopatologii: otwarta lista problemów do rozwiązania w badaniach naukowych

Prototypes, syndromes and dimensions of psychopathology: an open agenda for research

ASSEN JABLENSKY

Centre for Clinical Research in Neuropsychiatry, School of Psychiatry and Clinical Neurosciences,
University of Western Australia, Perth, Australia

Przy okazji trwającego obecnie procesu opracowywania nowej wersji DSM i ICD zgłaszano postulaty, by zmienić kryteria definiowania wielu poszczególnych zaburzeń, niektóre wyeliminować i dodać nowe „zaburzenia”. Wszelkie zmiany definicyjne mają jednak poważne wady: są mylące dla klinicystów; stwarzają sytuację, w której związek z wszystkimi wcześniejszymi badaniami klinicznymi i epidemiologicznymi staje pod znakiem zapytania; a ponadto wymagają żmudnych i często kosztownych zmian treści i formy słownej wywiadów diagnostycznych, a także algorytmów formułowania diagnoz na podstawie ocen klinicznych.

Większość koncepcji choroby w psychiatrii to tylko hipotezy robocze, a ich kryteria diagnostyczne są wstępne, mogą ulegać zmianie. Zaburzenia psychiczne są złożonymi jednostkami psychobiologicznymi i w diagnozie należy unikać obu skrajności, zarówno podejścia kompletnie nieustrukturyzowanego, jak i sztywnej operacjonalizacji. Lepszym rozwiązaniem jest zdefiniowanie pośredniego zakresu specyfiki operacyjnej – byłoby to optymalne dla stymulowania krytycznego myślenia w praktyce klinicznej i badaniach naukowych, ale także na tyle rygorystyczne, by umożliwić sensowne porozumiewanie się i porównywanie wyników uzyskanych w różnych badaniach i w różnych kontekstach. Do tego właśnie znakomicie nadawałoby się, z pewnymi zastrzeżeniami, podejście polegające na ocenie zgodności z prototypem [1]. Za propozycje, które przedstawił Drew Westen należy

mu się wdzięczność, ponieważ wykonał najtrudniejszą część zadania, zwracając uwagę na ważną alternatywę dla obecnych modeli klasyfikacyjnych, lecz jego artykuł pozostawia kilka otwartych kwestii do dyskusji.

Jakie są zastrzeżenia? Po pierwsze, koncepcja prototypu, intuicyjnie atrakcyjna dla klinicystów, jest nadal wieloznaczna i słabo zoperacjonalizowana. Prototypy reprezentują centralne („wyraziste percepcyjnie, rzucające się w oczy”) tendencje kategorii [2]. Ale czy prototyp może być synonimem dobrze sformułowanego, narracyjnego opisu rdzenia syndromu lub czy może się z nim częściowo pokrywać? W złożonych zaburzeniach psychicznych, gdzie etiologia jest wieloczynnikowa, bardziej precyzyjne określenie statusu wielu obecnych kategorii diagnostycznych jako syndromu (zespołu objawów) byłoby znacznym ułatwieniem zarówno w badaniach naukowych, jak i w codziennej praktyce klinicznej. Daje to mocną podstawę teoretyczną dla przywrócenia syndromu (lub jego prototypowego wzorca) jako podstawowej jednostki w przyszłych wersjach klasyfikacji psychiatrycznych.

Po drugie, czy zwięzy, „o długości jednego akapitu”, opis prototypu powinien zawierać, tam, gdzie stosowne, odniesienia wskazujące na prawdopodobną etiologię, patofizjologię czy cechy towarzyszące, np. procesy poznawcze, które nie są częścią obrazu klinicznego, z jakim zgłasza się pacjent? Jak powiada Hempel [3], przynależność do prototypu zdefiniowana

jest przez cechy skorelowane, a niekoniecznie przez wszystkie cechy wchodzące w skład definicji.

Po trzecie, jak można osiągnąć szerokie porozumienie w sprawie uniwersalnie „trafnego” prototypowego opisu jakiegokolwiek poszczególnego zaburzenia? Dobrym przykładem będzie schizofrenia. Opis tego syndromu przeszedł kilkakrotną metamorfozę od czasu, gdy Bleuler [4] jako pierwszy wprowadził rozróżnienie między objawami podstawowymi („rozluźnienie skojarzeń”, odłączenie afektu od poznania, ambiwalencja wolicjonalna, autystyczne zamknięcie się na rzeczywistość) a dodatkowymi (omamy, urojenia, zjawiska katatoniczne). Chociaż w ICD-10 [5] wskazówki do diagnozy klinicznej zachowały odległe echo konceptualizacji Bleulera („głębokie zaburzenie osobowości [...] obejmujące większość jej podstawowych funkcji, które normalnej osobie dają poczucie indywidualności, niepowtarzalności [wyjątkowości] i samosterowności”), przypisuje się w nich szczególne znaczenie objawom pierwszorzędowym Schneidera [6]. Natomiast kryteria diagnostyczne DSM-IV [7] i wersji roboczej DSM-5 wymagają różnych konfiguracji objawów „pozytywnych” i „negatywnych”, lecz nie próbuje się tam określić jakiegokolwiek prototypu czy *Gestalt*, charakterystycznego obrazu tego zaburzenia.

I ostatnia uwaga – wątpliwe wydaje się twierdzenie Westena, że pojedynczy wynik na skali 5-punktowej będący oszacowaniem, w jakim stopniu pacjent pasuje do prototypu, może stanowić ocenę nie tylko kategoryczną, ale dodatkowo sensowną ocenę wymiarową. Czy zaburzenia psychiczne lepiej można opisać wymiarowo, czy kategorycznie, pozostaje kwestią otwartą do dalszych badań. W przypadku wymiarowych modeli psychopatologii głównym problemem jest jednak brak ustalonego systemu pomiaru, opartego na podstawach empirycznych. Większość istniejących skal do oceny ciężkości objawów reprezentuje psychometrycznie niski poziom pomiaru: są to skale albo nominalne,

albo porządkowe, gdzie można powiedzieć tylko tyle, że $a > b > c > \dots > n$ pod względem jakiejś cechy, arbitralnie przypisując liczby, które wyrażają tylko porządek rangowy i nic więcej [8]. Wydaje się nieprawdopodobne, by kiedykolwiek powstały skale interwałowe lub ilorazowe do oceny złożonych konfiguracji psychopatologii.

Klasyfikacje medyczne tworzy się przede wszystkim w celu zaspokojenia pragmatycznych potrzeb związanych z diagnozowaniem i leczeniem ludzi dotkniętych chorobą. Celem drugorzędym jest pomoc w zdobywaniu nowej wiedzy istotnej z punktu widzenia tych potrzeb, chociaż postęp w naukowych badaniach medycznych zwykle raczej poprzedza udoskonalenia klasyfikacji, niż bywa ich następstwem. Podejście prototypowe potencjalnie mogłoby dobrze służyć obu tym celom, pod warunkiem, że będzie się opierało na solidnych regułach podejmowania decyzji i uzyska potwierdzenie w postaci dowodów naukowych z wielośrodkowych badań terenowych.

PIŚMIENNICTWO

1. Maj M. Psychiatric diagnosis: pros and cons of prototypes vs. operational criteria. *World Psychiatry* 2011;10:81–2.
2. Rosch E. Natural categories. *Cogn Psychol* 1973;4:328–50.
3. Hempel CG. *Aspects of scientific explanation*. New York: Free Press, 1965.
4. Bleuler E. *Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig: Deuticke, 1911.
5. World Health Organization: *The ICD-10 classification of mental and behavioural 23 disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization, 1992.
6. Schneider K. *Klinische Psychopathologie*, 8th ed. Stuttgart: Thieme, 1950.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
8. Kerlinger FN. *Foundations of behavioural research*, 2nd ed. London: Holt, Rinehart & Winston, 1973.

Ku przydatnemu klinicznie i opartemu na podstawach empirycznych wymiarowemu modelowi psychopatologii

Toward a clinically useful and empirically based dimensional model of psychopathology

ROBERT F. KRUEGER¹, KRISTIAN E. MARKON²

1. University of Minnesota, Minneapolis, MN, USA
2. University of Iowa, Iowa City, IA, USA

W swoim kierunkowym eseju Westen przedstawia przekonujące argumenty na rzecz przejścia od systemu diagnozy psychiatrycznej opartego

na kryteriach do systemu opartego na prototypach. Z wielu względów esej Westena zasługuje na podziwi i w wielu kwestiach chętnie się z nim zgadzamy.

Politetyczno-kategorialne podejście do diagnozy, podstawa współczesnych wersji DSM, było przełomowe i zgodne z *Zeitgeist* wówczas, gdy ten podręcznik powstawał, lecz jak przekonująco opisuje Westen, jego ograniczenia i problemy konceptualne są obecnie dobrze udokumentowane. A zatem w pełni zgadzamy się z Westenem w kwestii najogólniejszej: w psychiatrii potrzebne są nowe podejścia do konceptualizacji zaburzeń psychicznych. W dalszym ciągu tego krótkiego komentarza zwracamy uwagę na kilka obszarów, w których nasze stanowisko może się nieco różnić od przedstawionego przez Westena, przy czym chodzi nam o pobudzenie dyskusji nad tymi zagadnieniami i współdziałanie w opracowywaniu nowej nozologii psychiatrycznej opartej na danych empirycznych.

Westen uważa przede wszystkim relacje klinicystów za główne źródło danych, na podstawie których opisuje empiryczne konstrukty psychopatologiczne. Westen przyznaje, że takie poleganie na relacjach klinicystów jest potencjalnym ograniczeniem jego podejścia prototypowego, lecz uważamy, że istnieje inny sposób, aby poradzić sobie z problemem osoby relacjonującej, sposób, który umożliwiłby lepsze oddzielenie koncepcji prototypowej od osobnego zagadnienia, jakim jest źródło danych dotyczących psychopatologicznych objawów przedmiotowych i podmiotowych.

Podstawowe konstrukty psychopatologiczne muszą być początkowo definiowane na podstawie doświadczeń klinicystów – nie ma innego sposobu, aby zacząć gromadzenie kompendium elementów diagnostycznych na podstawowym poziomie (takich, jak np. tendencja do manipulowania innymi czy posiadanie kulturowo niezwykłych przekonań i doświadczeń). Uważamy jednak, że następnym decydującym krokiem jest konkretyzacja tych konstruktywów w narzędziach pomiaru przeznaczonych dla różnych osób relacjonujących (np. pacjentów, informatorów z otoczenia pacjenta i leczących go klinicystów). Mając w ręku tego rodzaju dane można rozpocząć proces indukcyjno-hipotetyczno-dedukcyjny [1], w którym zbiera się i analizuje dane przy użyciu modeli ilościowych w wielu cyklach gromadzenia i uściślenia danych, dochodząc w rezultacie do nozologii ilościowej o podstawach empirycznych, zbudowanej na danych od najniższego poziomu w górę [2].

Istnieje obawa, że koncentrując się głównie czy wyłącznie na klinicystach będziemy mieli do czynienia z dobrze udokumentowaną tendencyjnością ocen klinicznych. Klinicystów, na przykład, nauczono systemów (np. DSM-IV), które, jak wiemy, są niedokładne, zaś rozsądnym celem jest wprowadzenie systemu, który opisuje rzeczywiste doświadczenia pacjenta w przeciwieństwie do „odgórnego ustrukturyzowania” tych doświadczeń przez rubryki DSM (świadomie czy nieświadomie). Podobnie, prototypy

mogą zawierać stereotypy potencjalnie przyczyniające się do tendencyjności ocen (np. na tle rasowym lub ze względu na płeć) [3]. Oczywiście, dane pochodzące od innych informatorów również mają ograniczenia (np. niezupełnie doskonały wgląd czy krytycyzm), chodzi więc o to, by nie korzystać wyłącznie z jednego, określonego źródła informacji. Można i powinno się natomiast brać pod uwagę dane uzyskane z wielu źródeł informacji przy opracowywaniu nozologii opartej na podstawach empirycznych, po to, by przezwyciężyć ograniczenia każdego z nich [4].

Na tej samej zasadzie ważne jest także, aby w opisie odróżnić perspektywę obserwatora (osoby relacjonującej) od „obiektywnego, prawdziwego stanu rzeczy”, którego tak naprawdę w ścisłym znaczeniu nigdy nie możemy poznać. Na przykład, ktoś spostrzegany przez innych jako osoba wywyższająca się nie zaznaczyłby stwierdzenia „Mam postawę wielkościową”, lecz mógłby opisać swoje doświadczenia inaczej: „Często muszę mieć do czynienia z ludźmi, którzy nie są w stanie pojąć, jaki jestem ważny i utalentowany”. Czyli niezależnie od jakiegokolwiek „obiektywnie prawdziwej rzeczywistości” sytuacji strukturę psychopatologii można odkryć w danych uzyskanych z różnych źródeł, dzięki czemu możliwe jest porównywanie owych struktur ze względu na podobieństwa i różnice, a także różne sposoby konfiguracji informacji pochodzących od różnych informatorów przy interpretacji przypadku. Co ciekawe, niektóre ogólne aspekty struktury psychopatologii wydają się spójne w danych z różnych źródeł: szerokie spektrum zaburzeń zarówno internalizujących (lęk i zaburzenia nastroju), jak eksternalizujących (używanie substancji psychoaktywnych i zachowania antyspołeczne) widać w opisach dokonanych przez klinicystów (przy użyciu procedury diagnostycznej SWAP, Shedler-Westen Assessment Procedure) [5], przez osoby z otoczenia pacjenta (np. rodziców) [6] i w jego samoopisie uzyskanym przy użyciu wywiadu strukturyzowanego [7].

Innym poważnym zagadnieniem, jakie porusza Westen w swoim komentarzu, jest status ontologiczny diagnoz psychiatrycznych. Koncepcji prototypowej towarzyszy myśl, że diagnozy psychiatryczne istnieją w naturze jako dające się wyodrębnić jednostki skoncentrowane na osobie (*person-centered*). Koncepcja ta dobrze działa tylko wówczas, jeśli w naturze istnieją odrębne diagnozy psychiatryczne, a każdej towarzyszy nieciągła i możliwa do wyodrębnienia etiologia i psychopatologia, a co najmniej obszar rzadkości (obszar, w którym objawy obu konkurujących diagnoz występowałyby szczególnie rzadko – *przypis red.*), oddzielający poszczególne zaburzenia w przestrzeni opisowej.

Tego rodzaju specyficzne etiologie, patofizjologie i strefy rzadkości okazały się nieuchwytnie w psycho-

patologii. Wobec tego, chociaż koncepcja prototypowa jest niezmiernie przydatna klinicznie, trzeba rozumieć prototypy jako wyraziste kombinacje wymiarów składowych, w odróżnieniu od konstruktów, które wyznaczają granice odrębnych grup osób (ponieważ wydaje się, że taka odrębność nie istnieje).

Kombinacje niezależnych wymiarów jednak rzeczywiście występują u poszczególnych osób, tworząc konfiguracje wyraziste klinicznie. Na przykład, osobowość psychopatyczna obejmuje przynajmniej trzy elementy, które u ludzi na ogół nie współwystępują. Ale kiedy już rzeczywiście wszystkie są obecne *u określonej osoby*, rezultatem jest zderzenie dyspozycji, jakie może być uderzające i groźne (tzn. śmiałość lub brak neurotyzmu łączy się ze złośliwością czy skłonnością robienia przykrości innym, oraz z rozhamowaniem czy brakiem obowiązkowości, dając w sumie osobę nieprzyjemną i impulsywną, pozbawioną niepokoju o własne złe czyny [8]). W ten sposób można rozumieć prototypy jako kombinacje wymiarów składowych, oczywiście mające znaczenie, lecz arbitralne w tym sensie, że w naturze istnieje niemal nieskończony zbiór kombinacji/konfiguracji składowych wymiarów psychopatologii [9,10].

PIŚMIENNICTWO

1. Cattell RB. Handbook of multivariate experimental psychology. Chicago: Rand Mc-Nally, 1966.
2. Krueger RF, Eaton NR. Personality traits and the classification of mental disorders: toward a more complete integration in DSM-5 and an empirical model of psychopathology. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* 2010;1:97–118.
3. Whaley AL, Geller PA. Toward a cognitive process model of ethnic/racial biases in clinical judgment. *Rev Gen Psychol* 2007; 11:75–96.
4. Oltmanns TF, Turkheimer E. Person perception and personality pathology. *Current Directions in Psychological Science* 2009;18:32–6.
5. Westen D, Shedler J. Personality diagnosis with the Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): integrating clinical and statistical measurement and prediction. *J Abnorm Psychol* 2007;116:810–22.
6. Achenbach TM. Empirically based assessment and taxonomy: applications to clinical research. *Psychol Assessment* 1995; 7:261–74.
7. Krueger RF, Markon KE. Reinterpreting comorbidity: a model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Ann Rev Clin Psychol* 2006;2:111–33.
8. Patrick C, Fowles D, Krueger R. Triarchic conceptualization of psychopathy: developmental origins of disinhibition, boldness, and meanness. *Dev Psychopathol* 2009;21:913–38.
9. Turkheimer E, Ford DC, Oltmanns TF. Regional analysis of self-reported personality disorder criteria. *J Pers* 2008;76:1587–622.
10. Eaton NR, Krueger RF, South SC et al. Contrasting prototypes and dimensions in the classification of personality pathology: evidence that dimensions, but not prototypes, are robust. *Psychol Med* (in press).

Praktyczny system prototypowy diagnozy psychiatrycznej: opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne ICD-11

*A practical prototypic system for psychiatric diagnosis:
the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*

MICHAEL B. FIRST

Department of Psychiatry, Columbia University oraz Department of Clinical Phenomenology,
New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, Unit 60, NY 10032, USA

W ciągu ostatnich 50 lat w procesie opracowywania nowych wersji DSM i ICD koncentrowano się niemal wyłącznie na udoskonalaniu definicji kategorii diagnostycznych. Procesowi przypisywania pacjentom diagnozy kategorialnej w rutynowej praktyce klinicznej poświęcano znacznie mniej uwagi. Od ukazania się DSM-I w 1952 roku, a następnie DSM-II oraz działu zaburzeń psychicznych w ICD-8 oraz ICD-9, we wszystkich tych publikacjach zamieszczano glosariusz standardyzowanych definicji jako podstawę do przypisania pacjentowi rozpoznania, w zasadzie wprowadzając podejście przypominające diagnozę prototypową jako standardową metodę diagnostyki psychiatrycznej. Problematyczna rzetelność diagnostyczna definicji glosariuszowych (zob. przegląd [1]) skłoniła badaczy

w latach 70. do opracowania jawnych kryteriów włączania i wykluczania, takich, jak Badawcze Kryteria Diagnostyczne (RDC, Research Diagnostic Criteria) [2]. Wykazano, że rzetelność (zgodność między ocenami różnych obserwatorów) tych zoperacjonalizowanych kryteriów jest większa niż w przypadku glosariuszowych definicji w DSM-II [3, 4], co doprowadziło do zamieszczenia kryteriów diagnostycznych dla każdego zaburzenia w DSM-III. Wyrażono przy tym nadzieję, że „poprawi to rzetelność i trafność rutynowej diagnostyki psychiatrycznej” [4].

Wprowadzie kryteria diagnostyczne DSM są powszechnie używane przez środowisko badaczy, jednak anegdotyczne i pośrednie dane wskazują, że klinicyści nie posługują się nimi rutynowo w codziennej prak-

tyce klinicznej. Chociaż nigdy nie prowadzono badań na tym, jak naprawdę korzysta się z DSM w warunkach praktyki klinicznej, w kilku pracach badawczych wykazano istotne rozbieżności między diagnozami DSM postawionymi przez klinicystów w praktyce a diagnozami, których dokonano na podstawie ustrukturyzowanych wywiadów diagnostycznych służących do systematycznej oceny kryteriów DSM [5, 6]. Autorzy tych prac wprawdzie doszli do wniosku, że problem wynika z błędnego stosowania kryteriów diagnostycznych i uznali, że klinicyści powinni przejść dodatkowe szkolenie diagnostyczne, aby poprawić trafność swoich rozpoznań, ale bardziej prawdopodobny wydaje się inny scenariusz: doświadczeni klinicyści nie oceniają metodycznie każdego istotnego w danym przypadku kryterium DSM, natomiast porównują symptomatologię pacjenta ze swoim prototypem mentalnym. Z badań, w których wykazano, że klinicyści wolą sprawdzać zgodność z prototypem niż liczyć objawy kryterialne [np. 7], wynika ponadto, że klinicyści uważają porównywanie z prototypem za bardziej zbliżone z ich sposobem postępowania przy formułowaniu diagnoz psychiatrycznych. Uznając fakt, że badanie diagnostyczne przy użyciu zoperacjonalizowanych kryteriów najlepiej nadaje się do celów badawczych, w ICD-10 zamieszczono dwie wersje klasyfikacji zaburzeń psychicznych: opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne (CDDG) do użytku klinicznego oraz równoległy system kryteriów diagnostycznych dla celów badań naukowych.

Chociaż proponowane przez Westena przejście od systemu opartego na kryteriach do sprawdzania zgodności z prototypem jest krokiem we właściwym kierunku, jeśli chodzi o zwiększenie akceptowalności systemu diagnostycznego przez użytkowników, to jednak z praktycznego punktu widzenia proponowane wdrożenie podejścia prototypowego ma istotne wady. Najbardziej problematycznym aspektem jest wymaganie, by klinicyści oceniali stopień zgodności z prototypem na skali pięciopunktowej, od 1 (niewielka zgodność lub brak zgodności) do 5 (bardzo duża zgodność). Uznając potrzebę uzyskania diagnozy kategorialnej dla celów zarówno klinicznych, jak kodowania, Westen proponuje, by górne dwa poziomy (tzn. 4 i 5 punktów) przyjąć za wskaźnik zasadności danego rozpoznania. Tym samym uzależnia całe różnicowanie między zaburzeniem a niezaburzeniem od zdolności klinicysty do odróżnienia oceny 3-punktowej (najwyższa ocena niezaburzenia, którą definiuje się następująco: „pacjent ma *istotne cechy* tego zaburzenia”) od oceny 4-punktowej (definiowanej: „pacjent *ma* to zaburzenie”, kursywa w oryginale), bez żadnych wskazówek co do tego, ile klinicznych cech pacjenta musiałoby pasować do prototypu, aby uzasadnić ocenę klinicysty, że pacjent ma dane zaburzenie.

Biorąc pod uwagę, że od oceny 3-punktowej oceny zgodności z prototypem uważa się za metodę uży-

waną w DSM-II [8], zastrzeżeniem wobec przyjęcia podejścia prototypowego mogłaby być obawa o jego rzetelność – według konwencjonalnej mądrości diagnozy DSM-II są istotnie mniej rzetelne niż rozpoznania na podstawie kryteriów DSM-III; twierdzenie to opiera się na porównaniu danych dotyczących rzetelności rozpoznań sprzed DSM-III, z lat 60., z danymi na temat rzetelności diagnoz przy użyciu kryteriów DSM-III. W rzeczywistości nie ma praktycznie żadnych dowodów na to, że korzystanie z DSM-III w warunkach klinicznych jakoś istotnie zwiększa rzetelność diagnostyczną w porównaniu z DSM-II. Ponieważ różnice w planach eksperymentalnych, takie jak metoda określania rzetelności, szkolenie klinicystów uczestniczących w badaniu oraz bazowy wskaźnik częstości rozpoznań, mogą istotnie wpływać na pomiar rzetelności, porównywanie rzetelności DSM-II i DSM-III szacowanej za pomocą różnych metodologii przypomina porównywanie jabłek z pomarańczami. Jedyne badanie, w którym bezpośrednio porównywano diagnozy na podstawie DSM-II i DSM-III [9] nie wykazało żadnych różnic w zakresie rzetelności. Co więcej, większość niedociągnięć w definicjach DSM-II, przytaczanych przez Spitzera i wsp. [4] jako prawdopodobne źródło braku rzetelności (takich jak brak różnicowania między cechami zawsze obecnymi a cechami występującymi często, lecz nie zawsze), którymi należy się zająć przy konstruowaniu zestawów kryteriów, łatwo można uwzględnić w klinicznych opisach zaburzeń, bez potrzeby posługiwania się zoperacjonalizowanymi kryteriami. Tak naprawdę w badaniach terenowych rzetelności ICD-10 CDDG [10], gdzie podobnie jak w DSM-II stosowano raczej opisy kliniczne niż kryteria diagnostyczne, wykazano, że można osiągnąć zadowalającą rzetelność bez posługiwania się kryteriami diagnostycznymi.

Podejście reprezentowane przez ICD-11 CDDG jest podobne do proponowanej przez Westena oceny zgodności z prototypem ze względu na to, że unika definiowania zaburzeń w kategoriach pseudoprecyzyjnych kryteriów z arbitralnymi progami, natomiast włącza klinicystę w podejmowanie decyzji, czy cechy diagnostyczne z opisu klinicznego pasują do cech pacjenta. Jednak w odróżnieniu od Westenowskiego systemu oceny zgodności z prototypem, gdzie podaje się tylko jeden akapit tekstu opisującego typowego pacjenta i nic więcej, w ICD-11 przekazuje się sporo klinicznie istotnych informacji o zaburzeniu, m.in. o jego cechach podstawowych i typowych, diagnozie różnicowej, granicy z normalnością, typowym przebiegu oraz cechach rozwojowych i specyficznych kulturowo.

Dla grup pracujących nad ICD-11 opracowano jednolite wytyczne dla zwiększenia spójności między kategoriami oraz poprawienia użyteczności klinicznej. Jak już wspomniano, rzetelność diagnostyczną porównywalną z tym, co mogą osiągnąć klinicyści posługu-

jący się kryteriami diagnostycznymi, można uzyskać korzystając z definicji diagnostycznych w postaci opisów klinicznych. Planowane jest ponowne sprawdzenie tego podejścia w badaniach terenowych ICD-11, które mają się wkrótce zacząć.

Informacja od Autora

Autor jest konsultantem Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) przy opracowywaniu rozdziału ICD-11, poświęconego zaburzeniom psychicznym i zaburzeniom zachowania. W tym komentarzu przedstawiono jednak wyłącznie poglądy autora, nie wyrażają one oficjalnych poglądów, stanowiska czy polityki WHO lub *International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioral Disorders*.

PIŚMIENNICTWO

1. Spitzer R, Fleiss J. A re-analysis of the reliability of psychiatric diagnosis. *Br J Psychiatry* 1974;125:341–7.
2. Spitzer R, Endicott J, Robins E. Research Diagnostic Criteria: rationale and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1978;35:773–82.
3. Spitzer R, Endicott J, Robins E et al. Preliminary report on the reliability of Research Diagnostic Criteria applied to psychiatric case records. In: Sudilovsky A, Gershon S, Beer B (eds). *Predictability in psychopharmacology: preclinical and clinical correlations*. New York: Raven, 1975:1–47.
4. Spitzer R, Endicott J, Robins E. Clinical criteria for psychiatric diagnosis and DSM-III. *Am J Psychiatry* 1975;132:1187–92.
5. Ramirez Basco M, Bostic JQ, Davies D et al. Methods to improve diagnostic accuracy in a community mental health setting. *Am J Psychiatry* 2000;157:1599–605.
6. Shear M, Greeno C, Kang J et al. Diagnosis of nonpsychotic patients in community clinics. *Am J Psychiatry* 2000;157:581–7.
7. Spitzer RL, First MB, Shedler J et al. Clinical utility of five dimensional systems for personality diagnosis: a “consumer preference” study. *J Nerv Ment Dis* 2008;196: 356–74.
8. Zimmerman M. A critique of the proposed prototype rating system for personality disorders in DSM-5. *J Pers Disord* 2011;25: 206–21.
9. Mattison R, Cantwell DP, Russell AT et al. A comparison of DSM-II and DSM-III in the diagnosis of childhood psychiatric disorders: II. Interrater agreement. *Arch Gen Psychiatry* 1979;36:1217–22.
10. Sartorius N, Kaelber C, Cooper J et al. Progress toward achieving a common language in psychiatry. Results from the field trial of the clinical guidelines accompanying the WHO classification of mental and behavioral disorders in ICD-10. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:115–24.

Diagnoza prototypowa: czy ten relikw przeszłości stanie się nową falą w przyszłości?

Prototypal diagnosis: will this relic from the past become the wave of the future?

ALLEN FRANCES

Department of Psychiatry and Behavioral Science, Duke University, Durham, NC, USA

Ironiczne poczucie humoru historii chyba najlepiej widać w jej figlarnym powtarzaniu się. Nie wyrzucaj tego starego krawata czy sukienki. Wystarczy odrobina cierpliwości i możesz się spodziewać, że w końcu powróci jako nowy/stary przebój mody retro. I tak samo jest z diagnozą prototypową w psychiatrii. Nie tak dawno wydawało się, że pozbawiła ją znaczenia nowa technologia diagnozy opartej na kryteriach, lecz teraz odzyskuje popularność i legitymację.

Nasz pech polega na tym, że diagnoza psychiatryczna utknęła w trybie czysto opisowym – nadal musimy używać subiektywnych opisów słownych jako jedyne narzędzie przy stawianiu diagnozy, bo brak nam jakichkolwiek obiektywnych testów biologicznych. Ten niedostatek powinien zostać wyeliminowany w przypadku otępień w ciągu najbliższych pięciu – dziesięciu lat, lecz testy laboratoryjne dla innych zaburzeń psychicznych wydają się teraz jeszcze bardziej odległe niż wówczas, gdy przygotowaliśmy DSM-IV dwadzieścia lat temu. Burzliwa rewolucja neuro-

nauk, jaka potem nastąpiła, wiele nas nauczyła o działaniu normalnego mózgu, lecz chyba najważniejsze było odkrycie, że ze względu na swoją nieuniknioną złożoność funkcjonowanie mózgu nie da nam łatwych odpowiedzi na nieuchwytnie zagadki psychopatologii.

Nasze kategorie opisowe, jakkolwiek definiowane, są szalenie niejednorodne jeśli chodzi o przyczyny będące ich podstawą. Prawdopodobnie istnieją setki różnych dróg prowadzących do tego, co teraz wrzucamy do jednego worka pod nazwą schizofrenia. Wszystkie nasze etykiety, czy to oparte na kryteriach, czy prototypowe, stanowią tylko bardzo grube wstępne przybliżenie. Ale to wszystko, co mamy, więc musimy je jak najlepiej wykorzystać.

Defekty diagnozy prototypowej są dobrze znane. Jest kompletnie nierzetelna w codziennym życiu klinicznym i dobrze działa tylko w najbardziej cieplarnianych warunkach: w wykonaniu doświadczonych, dobrze wyszkolonych klinicystów, którzy mają wystarczająco dużo czasu na wiele wymiarowych ocen

w zakresie najłatwiejszych rozróżnień diagnostycznych. W prawdziwym życiu klinicyści nie będą sobie zawracali głowy czytaniem czy ocenianiem prototypów, tak samo jak często nie czytają zestawów kryteriów.

DSM-I i DSM-II były systemami prototypowymi o tak niskiej rzetelności, że psychiatria kliniczna stała się pośmiewiskiem medycyny, a badania naukowe w psychiatrii okazały się praktycznie niemożliwe. Radykalnym rozwiązaniem było opracowanie definicji opartych na kryteriach i wprowadzenie ich przez Roberta Spitzera w DSM-III. Miał taką wizję, że to, co uważano tylko za narzędzie badawcze, wykorzystał do zwiększenia rzetelności diagnostycznej i uczynił z niego nowy standard w codziennej praktyce klinicznej.

Metoda oparta na zestawach kryteriów miała kilka wielkich zalet. W odpowiednich warunkach jej rzetelność była dobra lub doskonała. Klinicyści i badacze czytali teraz tę samą stronicę, co umożliwiało łatwiejszy przekład wyników badań naukowych na praktykę kliniczną. Badacze na całym świecie zyskali wspólny język diagnostyczny. Bez przesady można powiedzieć, że diagnoza kryterialna nie tylko ocaliła diagnozę psychiatryczną, ale także uchroniła psychiatrię przed opinią osobliwej sztuki klinicznej, która nie nadaje się do nowo powstających metod medycyny opartej na dowodach naukowych.

Oczywiście, rzetelność opartej na kryteriach diagnozy z DSM-III przeceniano. Doskonałą rzetelność można osiągnąć w badaniach naukowych, gdzie dobrze wyszkoleni profesjonalści przeprowadzają ustrukturyzowane wywiady przy użyciu formalnych narzędzi z wysoce wyselekcjonowanymi pacjentami. Rzetelność w mniejszym lub większym stopniu ulatnia się, zależnie od tego, jak bardzo odbiegają od ideału warunki badania. Rzetelność wcale nie jest teraz lepsza niż kiedyś, w przypadku tych klinicystów, którzy nie znają diagnozy DSM lub im na niej nie zależy, mają bardzo mało czasu na badanie diagnostyczne, a w praktyce przyjmują pacjen-

tów nieselekcjonowanych i trudnych do zdiagnozowania. Zaś system oparty na kryteriach, z wieloma wąsko zdefiniowanymi kategoriami, jest skazany na sztuczną „współchorobowość”, gdy każda etykiетка oznacza nie więcej niż jeden element składowy pełnej diagnozy.

Na czym więc teraz stoimy? Drew Westen ładnie przedstawia zalety diagnozy prototypowej i proponowaną metodę jej wprowadzenia. Jak sugeruje, najlepszym zastosowaniem dla jego systemu byłyby najwyraźniej diagnoza zaburzeń osobowości. Tak naprawdę myśleliśmy o włączeniu czegoś podobnego jako opcji w DSM-IV, ale zdecydowaliśmy się tego nie robić, bo wydawało się nieprawdopodobne, żeby zapracowani klinicyści mieli czas lub ochotę na uważne studiowanie poszczególnych prototypów osobowości i dokonywanie koniecznych wielorakich ocen.

Niewątpliwie nadal jest tak samo i teraz, lecz podejście Westena jest dużo lepsze niż niemożliwie skomplikowane i uciążliwe systemy wymiarowe wymyślone przez grupę opracowującą zaburzenia osobowości w DSM-5. A jeszcze bardziej uproszczone podejście prototypowe (bez ocen punktowych) wybrano w ICD-11, powracając do stylu DSM-II.

Skomplikowana diagnoza oparta na kryteriach i prosta diagnoza prototypowa mogą się uzupełniać, nie muszą być konkurencyjne. Wielka szkoda, że DSM-5 i ICD-11 powstawały bez ściślejszej współpracy. Opowiadałbym się za systemem kompatybilnym, kombinacją, w której ICD-11 dawałaby proste, krótkie opisy prototypowe, stanowiące stenograficzny zapis skomplikowanych, czasochłonnych zestawów kryteriów z DSM-5. Prototypy byłyby używane w warunkach klinicznych, gdzie najbardziej liczy się czas i łatwość stosowania, a zestawy kryteriów służyłyby bardziej wyspecjalizowanym klinicyzom oraz wszelkim badaniom naukowym. Użyłbyśmy to, co najlepsze z obu światów, oczekując na prawdopodobnie powolny postęp w kierunku diagnozy przy użyciu testów biologicznych.

Czy jesteś mądrzejszy od czwartoklasisty? Dlaczego diagnoza polegająca na ocenie podobieństwa do prototypu jest krokiem wstecz w psychiatrii naukowej

Are you as smart as a 4th grader? Why the prototype similarity approach to diagnosis is a step backward for a scientific psychiatry

JEROME C. WAKEFIELD

Department of Psychiatry, School of Medicine, New York University, 550 First Avenue, New York, NY 10016, USA

Drew Westen proponuje podejście diagnostyczne polegające na ocenie podobieństwa do prototypu, gdzie klinicyści klasyfikują pacjenta jako osobę, któ-

ra ma jakieś zaburzenie, gdy oceniają, że objawy pacjenta są wystarczająco podobne do prototypowego przypadku tego zaburzenia opisanego wraz z wszyst-

kimi standardowymi objawami. Twierdzi, że podejście prototypowe „lepiej pasuje do sposobu, w jaki ludzie naturalnie myślą i klasyfikują”. Przedstawię argumenty świadczące, że prototypowe podejście Westena jest krokiem wstecz w świetle badań, które wykazują, iż ludzie mają tendencję do klasyfikowania na podstawie historii przyczynowej, a nie podobieństwa, co jest zbieżne z diagnozą opartą na etiologii, będącą celem psychiatrii. Będę się również starał udowodnić, że podejście prototypowe podważa trafność diagnostyczną przez eliminowanie ograniczeń dla rozpoznań fałszywie pozytywnych.

Zainspirowana koncepcją Wittgensteina o „podobieństwie rodzinnym” pojęć, teoria podobieństwa do prototypu podważa tradycyjne koncepcje zakładające, że pojęcia opierają się na koniecznych-i-wystarczających kryteriach przynależności do kategorii. Teoria ta powiada natomiast, że jednostka przynależy do kategorii, jeśli jest ogólnie bardziej podobna do „prototypowego” obiektu z tej kategorii (np. drozdy jako „ptak”) niż do prototypów kategorii konkurencyjnych [1].

Teorię podobieństwa do prototypu początkowo obwołano jako przełom w psychologii klasyfikacji. Jak wykazały badania, niektóre obiekty wchodzące w skład kategorii, bardziej podobne do obiektów typowych, ludzie oceniają jako lepsze przykłady danej kategorii niż inne elementy („efekty prototypowości”). Na przykład dzięcioły są lepszymi przykładami „ptaka” niż strusie, ponieważ bardziej przypominają drozdy. Lecz strusie są jednak ptakami, ponieważ są podobniejsze do drozdów niż do prototypów nieptasich. Efekty prototypowości przypuszczalnie świadczyły o tym, że sama przynależność do kategorii jest wymiarowa i opiera się na stopniu podobieństwa do prototypu.

Westen zrównuje zatem stopień przynależności do kategorii diagnostycznej ze stopniem podobieństwa do prototypu klinicznego. Jednak główne założenie teorii podobieństwa do prototypu, które głosi, że efekty prototypowości (tzn. stopień bycia „dobrym przykładem” kategorii oraz stopień podobieństwa do prototypu) są tożsame ze stopniem przynależności do kategorii, okazało się niesłuszne. Na przykład, kategorię „liczba parzysta” definiuje się na podstawie kryteriów koniecznych-i-wystarczających („podzielne przez 2”), które jednakowo odnoszą się do wszystkich jej obiektów, lecz tym niemniej w tej kategorii widoczne są efekty prototypowości; osoby badane oceniają niektóre liczby parzyste jako bardziej podobne do prototypu „2” niż inne, i jako lepsze przykłady liczb parzystych niż inne. Kiedy jednak zapytano te same osoby badane, okazało się, że nie uważają, aby istniały różne stopnie przynależności do kategorii „liczb parzystych” [2]. Niezależnie od tego, czym są psychologicznie efekty prototypowości, nie oznaczają one sposobu, w jaki ludzie myślą o przynależności do kategorii.

Badania naukowe wskazują, że kiedy ludzie kategoryzują, nie polega to po prostu na ocenie podobieństwa, lecz na tworzeniu teorii przyczynowej, wnioskowaniu o wspólnej naturze będącej podstawą obiektów (czyli o ich „istocie”), która determinuje klasyfikację. Klasyczne eksperymenty pokazują, jak na podstawie wiedzy przyczynowej powstaje rozbieżność między ocenami podobieństwa a ocenami przynależności do kategorii. Na przykład badani oceniają, że okrągły obiekt o przekroju ok. 8 cm jest *bardziej podobny* do ćwierćdolarówki niż do pizzy, lecz uważają za *bardziej prawdopodobne, iż jest* pizzą niż ćwierćdolarówką – jak się można domyślać, na podstawie praw przyczynowych rządzących ćwierćdolarówkami i pizzami [3]. Kiedy badanym w różnym wieku powiedziano, że wygląd szopa zmieniono tak, by przypominał skunksa, czyli ufarbowano go na czarno z białym paskiem wzdłuż grzbietu i dodano gruczoły zapachowe, dzieci przedszkolne, stosując podejście analogiczne do teorii podobieństwa do prototypu, zaliczały to stworzenie do kategorii „skunks”, natomiast czwartoklasiści i starsi klasyfikowali je jako szopa, na podstawie „etiologii” jego cech [4]. Niewątpliwie diagnozy klinicystów powinny być tak zaawansowane pojęciowo, jak wybrane przez czwartoklasistów „diagnozy” szopa!

Modelowanie przyczynowe/rozumienie istoty pojęć wyjaśnia, dlaczego przynależność do kategorii tak często odbiega od podobieństwa do prototypu [5]. Klasyfikujemy parę wodną, lód i ciekłą wodę jako jedną substancję o nazwie „woda”, chociaż są do siebie niepodobne, zaś para wodna i lód wcale nie przypominają prototypu – ciekłej wody; podstawą klasyfikacji jest wspólna budowa cząsteczkowa. Wieloryby bardziej przypominają prototypowe ryby niż prototypowe ssaki, a jednak są ssakami, na podstawie historii ewolucyjnej. Istnieją małe, czerwone, okrągłe marchewki, które bardziej wyglądają na czereśnie, oraz wydłużone, pomarańczowe czereśnie, które wyglądają raczej jak marchewki – jedno i drugie klasyfikuje się na podstawie wnioskowania przyczynowego, a nie powierzchownych podobieństw. W całej nauce i medycynie fizycznej o przynależności do kategorii decydują podstawowe cechy leżące u jej podłoża. W taki właśnie sposób myślimy i klasyfikujemy w sposób przemyślany i takie podejście jest optymalne dla celów naukowych.

W zasadzie DSM funkcjonuje w ten sam sposób: na podstawie objawów kryterialnych wnioskuje się o wspólnych dysfunkcjach wewnętrznych odpowiedzialnych za objawy. Niewiele jeszcze wiadomo o etiologii, więc obecnie DSM w dużej mierze opiera się na podobieństwie syndromologicznym. Opisowe kryteria DSM pomyślane są jednak na okres przejściowy, dopóki badania naukowe nie ujawnią etiologicznie odrębnych zaburzeń wśród obecnych syndromów.

Takie wnioski przyczynowe wyciąga się teraz *implicitnie*, na przykład, gdy klinicyści klasyfikują prototy-

powe objawy depresyjne występujące podczas żaloby jako normalne, zaś atypową depresję rozpoznają jako dużą depresję lub też uznają za normalne antyspołeczne zachowania adolescenta, który unika molestowania seksualnego [6]. Gdyby o diagnozie decydowało czyste podobieństwo do prototypu, analfabetyzm i przestępczość prawdopodobnie uznano by, odpowiednio, za dysleksję i zaburzenia zachowania, a nie za warianty normy. W badaniach naukowych nad zaburzeniami psychicznymi chodzi głównie o identyfikowanie odrębnych dysfunkcji leżących u ich podłoża, więc rozumienie diagnozy jako wnioskowania o wspólnej dysfunkcji jest zarówno sposobem, w jaki ludzie naturalnie myślą pojęciowo, jak i optymalną podstawą dla naukowego rozwoju psychiatrii [7]. Kryteria diagnostyczne umożliwiają elastyczny rozwój w dążeniu do systemu opartego na etiologii, podczas gdy diagnoza prototypowa zamraża diagnostykę na etapie podobieństwa objawów.

Czy stanowiska prototypowego nie da się po prostu rozszerzyć, tak aby uwzględniało czynniki etiologiczne? Problem polega na tym, że etiologia często stanowi konieczne-i-wystarczające kryterium ocen przynależności do standardowej kategorii diagnostycznej, eliminując potrzebę ocen dotyczących stopnia podobieństwa. Podejście prototypowe zostałoby tym samym przekształcone w podejście kryterialne [8].

Istnieje napięcie spowodowane nieośrością granic między zaburzeniem a normą oraz potrzebą trafnego odróżniania zaburzeń od normalnego cierpienia emocjonalnego (dystresu). DSM rozwiązuje owo napięcie, wprowadzając sztuczne, ściśle zdefiniowane kryteria diagnostyczne o wysokim progu, które ograniczają diagnozy fałszywie pozytywne, i łącząc je z kategoriami „nieokreślone inaczej” (NOS) oznaczającymi stany podprogowe, których nie diagnozowano by jako zaburzenia na podstawie samych objawów, lecz w kontekście ocenia się je jako zaburzenia.

Westen krytykuje precyzję progów wyznaczonych w DSM przez liczbę i czas trwania objawów, lecz nie wyjaśnia, jak podejście prototypowe zapobiega rozpoznaniom fałszywie pozytywnym. Diagnozy fałszywie pozytywne zwykle powstają dlatego, że symptomatologia normalnego cierpienia emocjonalnego i zaburzenia psychicznego jest podobna. Diagnoza prototypowa, która łączy w sobie podobieństwo objawów i bardzo niewyraźne granice, jest szczególnie podatna na rozpoznania fałszywie pozytywne. Jedynym sposobem kontroli jest to, jak wyznaczy się granicę między dwoma globalnymi ocenami: pacjent „*ma to zaburzenie*” i „*ma istotne cechy tego zaburzenia*” (ale nie samo zaburzenie). Jak trafnie dokonać takiego rozróżnienia na podstawie globalnych ocen podobieństwa – nadal nie wiadomo.

Reakcją Westena na problem diagnoz fałszywie pozytywnych jest zignorowanie go: „Zważywszy na

to, jak drogie są badania naukowe nad implikacjami leczenia objawów klinicznych w porównaniu z podprogowymi, oraz na dane, z których wynika, że warianty podprogowe często powodują podobny poziom upośledzenia funkcjonalnego, przyjmowanie rozwiązań *zadostarczających* nie jest irracjonalną strategią diagnostyczną w praktyce klinicznej. Przez „zadostarczające” Westen rozumie „dokonywanie ocen wystarczająco dobrych”. Według Westena, ponieważ granice norma/zaburzenie są niepewne, to w diagnozie prototypowej można zignorować granicę syndrom/stan podprogowy, tym samym przeważnie pomijając granicę zaburzenie/normalne cierpienie emocjonalne, a jednak postawić „wystarczająco dobrą” psychodiagnozę. Bardziej precyzyjna diagnoza przy użyciu wszelkich dostępnych reguł podejmowania decyzji zdarza się tylko wówczas, „gdy zachodzi taka potrzeba”. Ale kiedy zachodzi taka potrzeba, jak nie na etapie początkowego rozpoznania i wyboru leczenia? I kto by świadomie powierzył swój los, zdrowie psychiczne czy fizyczne, „zadostarczającym” klinicystom, którzy wolą bardziej zawodne, lecz łatwiejsze do stosowania heurystyki niż pełną, wymagającą namysłu analizę, zwłaszcza że, jak zauważa Westen, nieodłączną cechą heurystyki prototypowej jest wzmacnianie tendencji do pewnych błędów („zadanie klinicystów, polegające na ocenie zgodności objawów pacjenta z prototypami, mogłoby ich skłaniać do ignorowania danych niepotwierdzających...”)?

Czy nie można by po prostu zmodyfikować stanowiska prototypowego tak, by obejmowało ostre punkty odcięcia, aby zapobiec diagnozom fałszywie pozytywnym? Problem polega na tym, że dodanie wyraźnych granic diagnostycznych jest ciosem w samo serce przyjętego w podejściu prototypowym założenia, że ocena przynależności do kategorii jest równoznaczna z oceną podobieństwa wymiarowego.

Westen twierdzi, że podejście prototypowe jest użyteczne klinicznie. Czy to prawda? To zależy, co się rozumie przez „użyteczność kliniczną”. Pomijając wszystkie inne sprawy, kryteria przyjazne dla klinicystów mają sens. Ale to, że są przyjazne dla klinicysty, jest mniej ważne niż trafność i użyteczność dla pacjenta. Diagnozy fałszywie pozytywne nie są ani dobre dla pacjenta, ani też nie dadzą się obronić z etycznego punktu widzenia. Wszystkich innych spraw zatem nie można pominąć, zaś użyteczność kliniczna przestaje się liczyć.

PIŚMIENNICTWO

1. Rosch E, Mervis CB. Family resemblances: studies in the internal structure of categories. *Cogn Psychol* 1975;7:573–605.
2. Armstrong SL, Gleitman LR, Gleitman H. What some concepts might not be. *Cognition* 1983;13:263–308.

- Rips LJ. Similarity, typicality, and categorization. In: Vosniadou S, Ortony A (eds). *Similarity and analogical reasoning*. New York: Cambridge University Press, 1989:21-59.
- Keil FC. *Concepts, kinds, and cognitive development*. Cambridge: Bradford Books/MIT Press, 1989.
- Medin DL, Ortony A. Psychological essentialism. In: Vosniadou S, Ortony A (eds). *Similarity and analogical reasoning*. New York: Cambridge University Press, 1989:179-95.
- Wakefield JC, Pottick KJ, Kirk SA. Should the DSM-IV diagnostic criteria for conduct disorder consider social context? *Am J Psychiatry* 2002;159:380-6.
- Wakefield JC. Disorder as harmful dysfunction: a conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder. *Psychol Rev* 1992;99:232-47.
- Wakefield JC. Evolutionary versus prototype analyses of the concept of disorder. *J Abnorm Psychol* 1999;108:374-99.

Zmiany nozologiczne w psychiatrii: pycha i pokora

Nosological changes in psychiatry: hubris and humility

OYE GUREJE

Department of Psychiatry, University of Ibadan, Nigeria

Chociaż wiele osób zgodziłoby się, że obecne klasyfikacje zaburzeń psychicznych nie są idealne i dobrze byłoby je poprawić, nie bardzo wiadomo, jak to najlepiej zrobić. Owa niejasność odzwierciedla głębszy problem, jaki mamy ze zrozumieniem patogeny większości zaburzeń psychicznych. Przy braku takiego zrozumienia empiryczne podstawy, na których mielibyśmy zbudować skorygowany, nowy zestaw opisów tych zaburzeń, albo są niedostępne, albo w najlepszym razie wyraźnie słabe [1]. Panuje zatem, przynajmniej na razie, powszechna zgoda co do tego, że konserwatywne podejście do procesu korekty jest najsensowniejsze [2].

Taka pokora jest niebezpieczna. Wiele osób jeszcze dobrze pamięta, ile szkody wyrządziło psychiatrii jako naukowej gałęzi medycyny tamto luźne podejście do diagnozy zaburzeń psychicznych. Rzeczywiście, szydercze traktowanie naszej dziedziny, często przez kolegów lekarzy, a niekiedy przez laików – opinię publiczną, częściowo wynika z tego, że nasze jednostki chorobowe spstrzegane są jako amorficzne. Ważne, abyśmy nie tracili z oka tej niedawnej przeszłości, gdy staramy się rozbudować coś, czym obecnie dysponujemy.

To właśnie w odpowiedzi na owe zaszczości autorzy DSM-III skoncentrowali się na obszarze możliwym do osiągnięcia, czyli na poprawianiu rzetelności [3]. Opracowanie jawnych kryteriów włączania i wyłączenia oraz sprecyzowanie liczby i czasu trwania objawów miało na celu jedynie zwiększenie rzetelności diagnozy psychiatrycznej. Większość osób zgodziłaby się, że cel ten w zasadzie osiągnięto w naszych obecnych systemach klasyfikacyjnych. Lecz uzyskanie wspólnego języka nie obyło się bez okazywanego czasem niezadowolenia. Tak więc nawet dzisiaj niektórzy badacze pozwalają sobie na idiosynkratyczne

definiowanie niektórych zaburzeń. Chociaż mówienie, na przykład, o „depresji maskowanej” jest teraz chyba mniej modne, nadal jest tak, że odcinając w arbitralnie wybranym miejscu fragment czegoś, co jest konstruktem zdecydowanie wymiarowym, niektórzy będą twierdzić, że opisują unikatową jednostkę chorobową. Jeśli więc ktoś przetnie wymiar depresji w dowolnym, arbitralnym punkcie, twierdząc, że opisuje, na przykład, unikatowy afrykański syndrom depresyjny, są tacy, z prestiżowymi czasopismami akademickimi włącznie, na których może to zrobić wrażenie. Nie ma zatem wątpliwości, że nawet przy obecnych sztywnych, choć arbitralnie zdefiniowanych więzankach objawów, na których zbudowano nasz konsens, nadal zdarzają się przypadki jawnego ataku na ów wspólny język, po prostu przez odjazd od rzeczywistości, mówiąc nozologicznie.

Moim zdaniem jest to ważny kontekst, w którym należy rozważyć propozycję posługiwania się prototypami przy diagnozowaniu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Uwzględniając nasz obecny stan wiedzy oraz ograniczenia dzisiejszych systemów klasyfikacji warto zadać pytanie: do czego dążymy lub co spodziewamy się uzyskać próbując wprowadzić ulepszenia? Jakie zdobycze musimy chronić, starając się poprawić system w oczywisty sposób niedoskonały? Każdy by się zgodził, że powinniśmy dążyć do zwiększenia trafności definiowania zaburzeń w naszych systemach klasyfikacyjnych. Większość zgodziłaby się jednak również z tym, że aspirowanie do trafności jest nadal celem odległym [4]. Faktycznie, ze względu na charakter zjawisk, z którymi mamy do czynienia w psychiatrii, wiele osób prawdopodobnie uznałoby, że zawsze będzie jakaś granica na drodze wiodącej nas do rajy trafności. Dążąc do osiągnięcia nirwany trafności, musimy jednak mieć

na oku możliwość utraty rzetelności i użyteczności. To właśnie dlatego, że rzetelnie zdefiniowaliśmy jednostki chorobowe, dzięki czemu wzrosła również użyteczność kliniczna naszych obecnych systemów klasyfikacji, uznano teraz, przynajmniej w systemie ICD, że dążenie do zwiększenia użyteczności jest punktem wyjścia przy opracowywaniu nowej wersji [5]. Czy zatem posługiwanie się prototypami przyczyniłoby się do zwiększenia rzetelności i użyteczności?

Wprawdzie Drew Westen przedstawia nieodparte powody, dla których nie powinniśmy lekceważyć wartości prototypów, lecz w jego opisie tkwi źródło moich obaw. Czy zagraża nam utrata niektórych naszych obecnych zdobyczy w dążeniu do osiągnięcia kolejnego beznadziejnego celu diagnostycznego? Na przykład, wnioski z tego samego obrazu klinicznego, w zależności od sposobu interpretacji tej obserwacji przez klinicystę, mogą być zmienne i w dużej mierze subiektywne. Ponadto, aby uchwycić pełne spektrum obrazów klinicznych, jakie mogą występować w danym zaburzeniu, możemy potrzebować kilku prototypów. Na przykład, przy braku jasnych kryteriów kilka opisów prototypowych może nie wystarczyć, aby objąć pacjentów ze schizofrenią o różnych proporcjach objawów negatywnych, pozytywnych i dezorganizacji psychicznej. Uzyskanie odpowiedzi na pytanie: „Czy ten pacjent ma zaburzenia osobowości, schizofrenię, czy zaburzenia urojeniowe?” może być problematyczne bez informacji o jakichś specyficznych objawach i czasie ich trwania.

Pod wieloma względami Mario Maj w swoim artykule wstępnym poprzedzającym to forum [6] zidentyfikował niektóre możliwe problemy związane z używaniem prototypów. Chciałbym tylko dodać, że podejście prototypowe może również ośmielić niektórych zainteresowanych egzotyką nozologiczną i zachęcić ich do tworzenia „nowych” jednostek pod przykrywką specyfiki kulturowej oraz opracowywania wzorcowych prototypów według własnego widzimisię. W ten sposób utracilibyśmy swój niedoskonały, lecz wspólny język, stwarzając nozologiczną wieżę Babel.

PIŚMIENNICTWO

1. Hyman SE. Can neuroscience be integrated into the DSM-V? *Nat Rev Neurosci* 2007;8: 725–32.
2. Hyman SE. The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Annu Rev Clin Psychol* 2010;6:155–79.
3. American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association, 1980.
4. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry* 2003;160:4–12.
5. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioral Disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. *World Psychiatry* 2011;10:86–92.
6. Maj M. Psychiatric diagnosis: pros and cons of prototypes vs. operational criteria. *World Psychiatry* 2011;10:81–2.

Prototypowa diagnoza syndromów psychiatrycznych a ICD-11

Prototype diagnosis of psychiatric syndromes and the ICD-11

JOSÉ L. AYUSO-MATEOS

Universidad Autonoma de Madrid, Instituto de Investigacion Sanitaria Princesa, CIBERSAM, Madryt, Hiszpania

Drew Westen przedstawia alternatywne podejście do diagnozy syndromów psychiatrycznych, opartej na porównywaniu z prototypem. Najpierw w swoim artykule dokonuje gruntownego przeglądu problemów związanych z obecnymi politetycznymi, polegającymi na liczeniu objawów/punktach odcięcia metodami procedury diagnostycznej, które oparto na Badawczych Kryteriach Diagnostycznych (RDC) z lat 70. Następnie szczegółowo omawia zalety posługiwania się nowym podejściem diagnostycznym wymagającym oceny zgodności z prototypem, gdzie diagności porównują ogólny obraz kliniczny prezentowany przez pacjenta z zajmującymi jeden paragraf opisami empirycznie zidentyfikowanych zaburzeń oraz oce-

niają „dobroć dopasowania”, czyli na ile obraz kliniczny pacjenta pasuje do tych prototypów. Metodę tę opracowali i sprawdzili Westen i jego współpracownicy, przeważnie w warunkach szpitala psychiatrycznego/poradni zdrowia psychicznego.

Moim zdaniem model, jaki zaproponował Westen, może mieć pewne zalety: mianowicie umożliwi większą elastyczność i bardziej odpowiada sposobowi myślenia o pacjentach przez klinicystów. Co więcej, mógłby być przydatny w badaniach naukowych, nauczaniu i szkoleniu. Nie sądzę jednak, aby ten model jako taki mógł zostać włączony do nowej wersji rozdziału ICD-11 poświęconego zaburzeniom psychicznym i zaburzeniom zachowania. Zwłaszcza problematyczna jest

procedura oceny punktowej w takim systemie, jak ICD, czyli systemie, w którym starano się uwzględnić wszelkiego rodzaju fizyczne i psychiczne stany chorobowe, adresowanym do szerokiego grona użytkowników na całym świecie.

Trwające obecnie prace nad nową wersją rozdziału V (F) ICD-10: Zaburzenia Psychiczne i Zaburzenia Zachowania, prowadzone są w kontekście poprawiania całego ICD-10. W całym procesie korekty ustalono reguły przedstawiania informacji oraz kodowania występowania lub niewystępowania różnych zaburzeń, a także jednolite wymagania dotyczące opisu każdego zaburzenia w obrębie całego systemu. Próba zastosowania innego systemu opisu i oceny punktowej, który miałby być podstawą rozdziału o zaburzeniach psychicznych i zaburzeniach zachowania, byłaby sprzeczna z ogólnymi regułami systemu klasyfikacji jako całości, oraz podważałaby równowagę psychopatologii i reszty systemu medycznego dla celów klinicznych, administracyjnych i finansowych w opiece zdrowotnej.

Ponadto system proponowany przez Westena, w przedstawionej formie, traci wszelkie widoczne zalety dotyczące użyteczności klinicznej, jeśli weźmiemy pod uwagę, że w diagnozowaniu i klasyfikacji zaburzeń psychicznych uczestniczą nie tylko profesjonalści z dziedziny zdrowia psychicznego. W rzeczywistości jedynie bardzo mały procent osób z zaburzeniami psychicznymi trafia do psychiatry czy innego specjalisty zajmującego się zdrowiem psychicznym. Nie można zatem wyobrazić sobie, że psychiatrzy, psychologowie kliniczni i pielęgniarki psychiatryczne będą głównymi użytkownikami i jedyną grupą profesjonalną korzystającą z systemu ICD – wiele innych grup zawodowych również będzie posługiwało się tą klasyfikacją. Obejmuje to lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, a także niewykwalifikowanych pracowników służby zdrowia, którzy odpowiadają za większość świadczeń w podstawowej i psychiatrycznej opiece zdrowotnej w niektórych krajach rozwijających się. Poproszenie tych profesjonalistów o różnicowanie między oceną „4 punkty – duża zgodność: pacjent *ma* to zaburzenie, diagnoza odnosi się do niego” a „5 punktów – bardzo duża zgodność, pacjent jest *przykładem* tego zaburzenia, przypadkiem prototypowym” prawdopodobnie wywołałoby ich konsternację i niepewność, zmniejszając kliniczną użyteczność systemu.

Co więcej, poproszenie, aby rozważyli takie oceny, jak „2 punkty – pewien stopień zgodności, pacjent *ma niektóre cechy* tego zaburzenia” a „3 punkty – umiarkowana zgodność, pacjent *ma istotne cechy* tego zaburzenia” mogłoby niepotrzebnie przedłużyć procedurę diagnostyczną i doprowadzić do inflacji w rozpoznawaniu stanów podprogowych. Reed i wsp. [1] podkreślili ostatnio zaniepokojenie Światowej

Organizacji Zdrowia mnożeniem się diagnoz zaburzeń psychicznych. Zdaniem *International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioral Disorders* [2] wszystkie decyzje dotyczące zmian w obecnej klasyfikacji powinny uwzględniać, czy proponowane zmiany dadzą lepszą podstawę do sprawnego identyfikowania ludzi z największymi potrzebami w zakresie opieki psychiatrycznej, gdy wchodzi ona w kontakt z systemem opieki zdrowotnej. Chociaż podprogowe stany chorobowe coraz częściej uznaje się za istotny temat badań naukowych, nie oznacza to automatycznie, że stany te należy definiować jako chorobę bądź uwzględniać w formułowaniu diagnozy w takim stopniu, jak proponuje Westen.

Nowa wersja ICD powinna być prostsza, a także powinna kłaść szczególny nacisk na różnicowanie między tym, co jest, a tym, co nie jest zaburzeniem. Najważniejszym wyzwaniem przy opracowywaniu nowej klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania jest zidentyfikowanie odpowiedniego progu, który wyraźnie sygnalizuje obecność stanu wymagającego opieki klinicznej, a także ustalenie użytecznego klinicznie sposobu różnicowania między poszczególnymi stanami [3, 4]. Próba włączenia podejścia westenowskiego prawdopodobnie minęłaby się z tym celem.

Niektóre elementy uzasadnienia teoretycznego, jakie przedstawia Westen w swym artykule, opisując treść prototypów, mogłyby się przydać do poprawienia opisów zamieszczonych w ICD. Jednym z kluczowych elementów podejścia prototypowego jest podkreślenie faktu, że dla klinicysty liczy się „samo sedno”: zestaw wyrazistych objawów, których występowanie jest dla klinicysty „wystarczająco dobre” do diagnozy, bez potrzeby sprawdzania, czy występują też inne objawy, mniej istotne dla rozpoznania. Opisy kliniczne włączone do ICD mogłyby uwzględniać tę potrzebę podkreślenia wyrazistych cech danego zaburzenia oraz przywiązywania mniejszej wagi do objawów mniej istotnych dla postawienia określonej diagnozy.

PIŚMIENNICTWO

1. Reed GM, Dua T, Saxena S. World Health Organization responds to Fiona Godlee and Ray Moynihan. *BMJ* 2011;20:342.
2. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry* 2011;10:86–92.
3. Maj M. When does depression become a mental disorder? *Br J Psychiatry* 2011;199: 85–6.
4. Reed GM, Ayuso-Mateos JL. Hacia una clasificación internacional de los trastornos mentales de la OMS de mayor utilidad clínica. *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2011;4:113–6

Porównywanie z prototypem razem z kryteriami operacyjnymi byłoby lepszym podejściem do klasyfikacji psychiatrycznej

Prototype matching together with operational criteria would make a better approach to psychiatric classification

PICHET UDOMRATN

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, Tajlandia

W 1980 r. *American Psychiatric Association* wprowadziło zespół lęku panicznego do DSM-III i określiło kryteria diagnostyczne dla tego nowego zaburzenia [1]. W tym okresie kilku psychiatrów azjatyckich zmanifestowało opór wobec stosowania tej nowej diagnozy ze względu na brak odpowiedniej terminologii w ich językach ojczystych [2]. Nie doszłoby do tego, gdyby w DSM-III zamieszczono prototyp jako przykład czy przypadek ilustracyjny.

W gruncie rzeczy jeden prototyp może nie wystarczyć, aby diagnosta w pełni zrozumiał dane zaburzenie, zwłaszcza jeśli ma ono rozmaite obrazy kliniczne, jak dzieje się np. w przypadku lęku panicznego (tzw. „wiele twarzy lęku panicznego” [3]). Co więcej, prototypy z jednego kraju mogą nie pasować do innego, o odmiennej kulturze i wierzeniach. Na przykład, w Tajlandii południowej kobiety z objawami żołądkowo-jelitowymi, u których psychiatrzy z Zachodu rozpoznaliby zespół lęku panicznego, mogą zgłaszać, że mają *rook lom* („chorobę wiatru”) [4]. Bierze się to z tradycyjnego wierzenia, że człowiek składa się z czterech żywiołów: ziemi, wody, wiatru (*lom*) i ognia.

W tym szczególnym kontekście prototyp lęku panicznego w adaptacji dla klinicystów tajlandzkich mógłby wyglądać następująco: „Pacjentki, które pasują do tego prototypu, mają wiele obrazów klinicznych. W Tajlandii południowej początkowym objawem może być poczucie, że *lom* przemieszcza się w górę jamy brzusznej i pacjentka może uciskać brzuch, starając się wypchnąć *lom* na zewnątrz. Po wtóre, *lom* może nadal przemieszczać się ku górze i uciskać serce, powodując szybkie i silne kołatanie serca, następnie szybki i głęboki oddech, a później zawroty lub ból głowy. Większość pacjentek boi się, że *lom* dostanie się do głowy, co spowodowałoby utratę przytomności lub śmierć...”. Tak więc, gdy stosuje się podejście prototypowe w diagnozie psychiatrycznej, potrzebna jest taka adaptacja treści prototypu, by dostosować go do określonej kultury i kontekstu.

Jeśli chodzi o użyteczność kliniczną, zgadzam się z poglądem Westena, iż podejście prototypowe jest pomocne klinicznie i łatwe do stosowania w codziennej praktyce. Klinicyści z krajów o niskim i średnim poziomie dochodu narodowego, którzy przyjmują 50–100 lub więcej pacjentów dziennie w placówkach ambulatoryjnych, mogą uznać, że podejście prototypowe jest praktyczniejsze niż obszerne wywiady w celu sprawdzenia, czy pacjent spełnia kryteria diagnostyczne konwencjonalnych klasyfikacji. Psychiatrzy prowadzący badania naukowe mogą jednak nie preferować tego alternatywnego podejścia przy kwalifikowaniu pacjentów do badania, ponieważ muszą dobrać jednorodne próby w celach badawczych i dla zmniejszenia ryzyka badania naukowego [5].

Podsumowując, należy zarekomendować oba podejścia, zarówno operacyjne, jak prototypowe, do diagnozowania pacjentów w psychiatrii. Ocena zgodności z prototypem wraz z podejściami zoperacjonalizowanymi, takimi jak format DSM-III (kryteria diagnostyczne plus arbitralne punkty odcięcia) byłaby pomocna zarówno dla osób szkolących się, umożliwiając im jasne zrozumienie zaburzeń psychicznych, jak dla klinicystów – w tworzeniu mentalnych reprezentacji różnego rodzaju zaburzeń.

PIŚMIENNICTWO

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental Disorders, 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association, 1980.
2. Udomratn P. Panic disorder in Thailand: a report on the secondary data analysis. *J Med Assoc Thai* 2000;83:1158–66.
3. Ley R. The many faces of Pan: psychological and physiological differences among three types of panic attacks. *Behav Res Ther* 1992;30:347–57.
4. Udomratn P, Hinton DE. Gendered panic in southern Thailand. In: Hinton DE, Good BJ (eds). *Culture and panic disorder*. Stanford: Stanford University Press, 2009:183–204.
5. Yanos PT, Stanley BS, Greene CS. Research risk for persons with psychiatric disorders: a decisional framework to meet the ethical challenge. *Psychiatr Serv* 2009;60:374–83.