

Psühhiaatria

Uus psühhiaatria klassifikatsioon DSM-5 ilmunud

Psüühiliste haiguste ja häirete klassifikatsioonid on juba paarsada aastat juhtinud psühhiaatrilist mõtlemist. Sisaldades terminoloogiat, sündroome ja põhjuslikke oletusi, on see olnud psühhiaatria teatud selgrooks. Uudised psüühikahäirete klassifikatsioonis on seepärast suured uudised.

USA psühhiaatritel on möödunud sajandi keskpaigast alates olnud tavaks ise koostada oma psüühikahäirete klassifikatsioon, selmet kasutada WHO haigusklassifikatsiooni. 1970. aastatel tõusis huvi täpsemate psühhiaatriliste diagnooside vastu. Klassifikaatori *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* kolmas väljaanne DSM-III ilmus 1980. aastal ja saavutas ülemaailmse menu tänu mitmele uuendusele. Määratletud on diagnooside täpsed kriteeriumid, antud psühhopatoloogiliste üksuste kirjeldused, muu hulgas uudne post-traumaatilise stresshäire diagnoos ning viie n-õ teljega diagnoosikirjeldus (sündroom, isiksus (isiksusehäire), seostuv somaatiline häire, sotsiaalne koormus ja üldise funktsioonivõime aste). 1994. aastal ilmus DSM-IV.

Mujal maailmas on WHO rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni (RHK) 5. peatükk teadaolevalt püsinud ametliku klassifikaatorina. RHK-9 kehtis aastatel 1978–1992. RHK-10 sisaldas juba mõnesid uuendusi DSM-III eeskujul ja on teatavasti Eestis käibel olnud juba kakskümmend aastat. Nii DSM-5 kui ka RHK-11 on olnud kaua oodatud. Vaatamata algsetele lahknevustele on DSM ja RHK mõlemapoolset püüelnud süsteemide ühinemise poole. Lähematel aastatel olevatki oodata äsja ilmunud DSM-5 ja esialgsete plaanide kohaselt 2015. aastal saabuva RHK-11 ühtlustamist.

DSM-klassifikaatorite sarjale on olnud tüüpiline püüdlus võtta

arvesse ja läbi arutada kõik psühhopatoloogiaga seonduvad teadmised. Eeltöodes on seekord osalenud 22 tööühma kokku 250 eksperdiga, on korraldatud avalikke diskussioone ning DSM-5-ndas on välja toodud üle tuhande alltöörühma liikme ja vabatahtliku nõuandja nimed. Uued peatoimetajad on David J. Kupfer ja Darrel A. Regier.

Üks suurem DSM-5 vormilist laadi uudis on, et loobutakse viieteljelisusest. Arvatakse, et sellel on üsna vähe sisulist tähendust. Tegelikud diagnoosid pannakse ikka endisel viisil. Välistegurite neljandat telge asendab DSM-5-ndas rikkalik nn sotsiaaldiagnooside loetelu (*Other conditions that may be a focus of clinical attention*). Üldise toimetuleku hinnangu (nn GAF-skaala (*Global Assessment of Functioning*)) viienda telje asemele soovitatakse WHODAS-skaalat (*WHO Disability Assessment Schedule 2.0*). Tagasimineku n-õ ühemõõtmelisele diagnoosimisele tähendab lihtsustust. Lisaks on tahetud klassifikatsiooni kohandada üldmeditsiinilistele ja RHK-sarja diagnoositavadele. Teoreetilisest küljest võib seda näha ka mitte kõige õigema arengusuunana. Psüühiliste seisundite varieerivus ja nendepuhune vajadus kliinilise info järele on nii suur, et see õigustaks enamgi kui viie teljega kirjeldust. Tuleb siiski möönda, et DSM-5 sisaldab palju täpsustusalternatiive.

Juba DSM-III-s toodi esile, et diagnooside loetelu on pigem praktiline, s.t et ei ole tegeldud põhjuslike oletustega, vaid on pragmaatiliselt valitud kirjeldav käsitlus ning klassifitseerimine sündroomipõhise sarnasuse alusel. Nii kadus ka Kraepelini-aegne kolmikjaotus (vaimuhäigused – kergemad psüühikahäired – nõrgamõistuslikkus). DSM-5-ndaga tutvudes võib arvata, et etioloogia kõrvalejätmine ja ainult sündroomide alusel rühmitamine ei pruugi olla kõige õnnestunud valik. Pealegi

on põhjuslik ravi alati olnud kliinilise töö põhiliseks sihiks. Niisiis jäävad etioloogilised vaidlused – seega ühtlasi psühhiaatriline klassifikatsioon – probleemiks ka edaspidi.

DSM-sarja toimetajad leiavad, et psühhiaatrite klassikaline vajadus kausaalselt seletada ja klassifitseerida tekitab vaidlusi, ning seega võib DSM-5 näida lihtsalt kataloogina. Diagnoosid on jaotatud 20 rühmaks, mis on järjestatud enam-vähem traditsiooniliselt. Rühmad ega diagnoosid ei kannu mingeid DSM-numbreid, aga vastav RHK-9 ja RHK-10 nummerdus on märgitud. Väärib tähelepanu, et see nummerdus avab DSM-5 sisu laiale arstkontale, kes peab RHK-10 klassifikatsioonile truuks jääma.

DSM-5 tugevus on kirjeldavate tekstide rohkus. Tegemist on 991-leheküljelise trükisega, millest viiendik on mitmesugused lisad, nende hulgas kvantifitseerimisarutelu, isiksundiagnooside süstemaatiline analüüs, valik kultuuriomaseid sündroome, terminoloogiline sõnastik, veel uurimistööd vajavad diagnoosiüksused jpm. Mainitud n-õ ootama jäetud seisundite seast on huvitav leida näiteks järgmised: kergem psühhosündroom, püsiv haiguslik lein, prenataalne alkoholkahjustus, mitesuitsidaalne enesekahjustus.

DSM-5 ei ole toonud suuremaid psühhopatoloogiauuendusi. Väiksemaid aga küll, osalt üksnes rühmadevahelise ümberpaigutusega. Paanikahood ja agorafobia on nüüd kaks eri diagnoosi; peale selle võib kõigi diagnooside juures kasutada täpsustust „paanikahoo-gudega”. Lahutamiskartus (mahajätusehirm) ja valikuline mutism on lastediagnooside seast ärevusdiagnooside hulka tõstetud. Sündroomid on omaette rühmas ja nende hulgas on nüüd uudisena liigkollektioneerimine (kollekt-ionism, *hoarding disorder*), impulsihäirete hulgas on siia tõstetud trihhotillomaania ja somatoformsete

häirete seast toodud düsmorfofoobia. Post(psühho)traumaatiline stresshäire on ärevushäirete rühmast ümber tõstetud trauma- ja stressreaktsioonide rühma. Dissotsiatiivset fuugat nähakse dissotsiatiivse amneesiana ja mitmeisikulisus (*multiple personality*) peitub nüüd – koos võõrkultuuride seestumusega (*possession*) – dissotsiatiivse identiteedihäire nimetuses. Seksuaaldiagnooside hulgas on uudisena soovastumeelus (*gender dysphoria*), mis peaks olema laiema tähendusega kui varasemad sooidentsuse häired.

Uus rühm "Lõhkuvad (*disruptive*), impulsikontrolli ja käitumise häired" on saadud lastepsühhiaatriliste käitumishäirete ja üldpsühhiaatriliste impulsikontrollihäirete ühendamisega. Siia on antisotsiaalne isiksushäire märgitud teist korda (kuulub ka isiksusehäirete rühma), aga mainimata on jäetud küllaltki sarnane tähelepanu-aktiivsushäire (*ADHD*), kuna see juba on nimetatud neuroarenguliste häirete all.

Rühmas „Psühhotroopsetesse ainetesse puutuvad ja sõltuvus-

häired" võib leida ka vaieldavusi. Impulsihäirete hulgast on patoloogiline hasartmängimine – ainsa joobeaineta sõltuvusseisundina – siia mahutatud. Häirivana võib tunduda, et narkootilised ained esinevad segamini mittenarkootilistega (nende seas kofeiin). Ei pruugi meeldida, et mõisted „kuritarvitamine" ja „sõltuvus" on kaotatud. Kogu alkoholiga seostuv psühhopatoloogia kuulub alkoholarvitamise häire alla. Osale võib näida mittearusaadav, miks psühhiaatriline analüüsiv suhtumine nii tõsisesse probleemidesse on asendatud süütult väheütleva terminoloogiaga. Varem on diagnooside ja kriteeriumide kaudu püütud aidata eristada, millised seisundid on psühhootilised, pöördumatud, muidu haiguslikud, hálbekäitumuslikud ja normaalsed.

Tähelepanndav on ka DSM-5 terminoloogia. „Lapseeas algavad psühhilise arengu häired" on asendatud leidliku terminiga "neuroarengulised häired" (*neurodevelopmental disorders*), mis ühtlasi seletab, miks need diagnoosid on klassifikat-

siooni alguses ja mitte teiste isiksusehäirete hulgas. Suur osa uutest terminitest on aga muudetud: hüpodondria on asendatud terminitega „somaatilise sümptomi häire" ja „haigusärevushäire"; alkoholismi ja narkomaania terminid ei kasutata; dementsus on asendatud terminiga „neurokognitiivne häire". Võib arvata, et on tahetud vältida klassikalise termini sildistavat (sotsiaalselt märgistavat) mõju ja seepärast on valitud uuendatud terminoloogia varem kasutusel olnud psühhiaatriliste mõistete asemel.

ALLIKAS

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.



Ants Anderson –
Stockholmi
Kohtupsühhiaatria
Kliinik

DSM-5-ndas on dementsussündroom nimetatud ümber neurokognitiivseks häireks

DSM-IV-s eksisteerinud termin „dementsus" on DSM 5-ndas ümber nimetatud raskeks neurokognitiivseks häireks. Üheks suuremaks muutuseks on, et vähem väljendunud kognitiivsete võimete halvenemist nimetatakse DSM-5-ndas kergeks neurokognitiivseks häireks, DSM IV-s seda varianti ei olnud. See võimaldab nüüd diagnoosida kergemaid sündroome, mis vajavad samuti nii diagnoosimist kui ka ravi. Nii raske kui ka kerge neurokognitiivse häire jaoks on ka eraldi diagnoosikriteeriumid. Kuigi piir kerge ja raske neurokognitiivse häire vahel on sageli raskesti eristatav, on oluline käsitleda neid eraldi, kuna siiani kasutusel olnud ravimid ning teised ravivõimalused

on tõenduspõhised just raske vormi jaoks.

Etioloogilistest alavormidest on enamik DSM 5-ndas välja toodud dementsustest samad kui DSM IV-s, kuid ka need on ümber nimetatud. Samuti on esitatud diagnoosikriteeriumid nosoloogiliseks diagnoosimiseks nagu varasemas versioonis, aga definitsioonid on muutunud. Näiteks Alzheimeri tõvest põhjustatud dementsus on seal nüüd nimetatud Alzheimeri tõvest põhjustatud neurokognitiivseks häireks ja vaskulaarne dementsus vaskulaarseks neurokognitiivseks häireks. Sama muutus kehtib ka teiste vormide jaoks, näiteks neurokognitiivne häire Parkinsoni tõve, HIV-infektsiooni, Huntingtoni tõve, prionhaiguste korral. On ka kriteeriumid kognitiivse häire jaoks teistel meditsiinilistel põhjustel, mitmese etioloogiaga vormi jm jaoks. Uus on aga see, et

lisandunud on eraldi kriteeriumid frontotemporaalse ja Lewy kehakeste neurokognitiivse häire jaoks, mis varem klassifikatsioonis eraldi välja toodud ei olnud.

Tõenäoliselt tehakse analoogsed muudatused ka rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni (RHK) uude versiooni, kuid selle reaalse jõustumiseni läheb tõenäoliselt aega. Kliinilises tegevuses on aga nii kirjalikus kui ka suulisel kõnepruugis võimalik hakata end harjutama uute terminitega, sest need peaks olema arstile mugavamad ning patsiendile ja tema hooldajale paremini vastuvõetavad.

ALLIKAS

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.

Ülla Linnamägi –
TÜ närvikliinik