

## W kierunku nowej klasyfikacji zaburzeń psychicznych – opinie polskich psychiatrów dotyczące projektu ICD-11

### Toward the new classification of mental disorders – Polish psychiatrists’ opinions about project of ICD-11

Bartosz Łoza<sup>1,2,3</sup>, Janusz Heitzman<sup>1,4,5</sup>, Wojciech Kosmowski<sup>1,6</sup>

<sup>1</sup> Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Zarząd Główny

Prezes: prof. dr hab. n. med. J. Heitzman

<sup>2</sup> Klinika Psychiatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Kierownik: prof. dr hab. n. med. B. Łoza

<sup>3</sup> Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia

Dyrektor medyczny: prof. dr hab. n. med. B. Łoza

<sup>4</sup> Klinika Psychiatrii Sądowej IPiN

Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Heitzman

<sup>5</sup> Katedra Psychiatrii UJ CM

Kierownik: prof. dr hab. J. K. Gierowski

<sup>6</sup> Katedra i Klinika Psychiatrii CM w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Araszkiwicz

#### Summary

**Aim.** The World Psychiatric Association (WPA) and the World Health Organization (WHO) initiated a series of national surveys regarding the revision of the chapter on Mental and Behavioural Disorders of the ICD-10. They are part of the global and systematic studies providing input into the new classification of mental disorders (ICD-11).

**Method.** In Poland, the survey after translation and implementing was performed electronically in collaboration with the Polish Psychiatric Association (17 Jan – 22 Feb 2011). 206 psychiatrists presented their experiences and ideas regarding international and other classification systems.

**Results.** We present results from our national part of the survey. Psychiatrists called for simplifying the classification system, with less than 100 main categories in ICD-11. That would be beneficial for professionals, their clients and all other participants. Psychiatrists accepted both strict diagnostic criteria and flexible guidance in a classification manual. The independent severity axis should be implemented for all diagnoses. The functional status was considered to be a part of general diagnostic criteria. The dimensional scales were indicated as beneficial for the diagnostic process. Participants did not report any important problems with the cross-cultural applicability of existing classifications. The validity of some categories of ICD-10 was considered poor and their definitions should be reviewed, especially: schizotypal disorder, schizoaffective disorder, borderline personality disorder, dissociative/conversion disorders and some neurotic disorders.

**Conclusion.** The survey, as a part of truly international process, was the occasion to strengthen Polish psychiatrists' contribution regarding developing the new international classification (ICD-11).

**Słowa klucze:** ICD-10, ICD-11, zaburzenia psychiczne

**Key words:** ICD-10, ICD-11, mental disorders

## Wstęp

W okresie 17.01–22.02.2011 przeprowadzono konsultacje wśród polskich psychiatrów, zmierzające do wypracowania narodowego stanowiska w sprawie rewizji dotychczasowej klasyfikacji zaburzeń psychicznych ICD-10 (International Classification of Diseases) [1]. Konsultacje te były częścią międzynarodowego projektu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, World Health Organization) oraz Światowego Towarzystwa Psychiatrycznego (WPA, World Psychiatric Association), dotyczącego nowej klasyfikacji zaburzeń psychicznych w ramach ICD-11 [2, 3]. Projekt został szczegółowo scharakteryzowany w innej pracy [4]. W trakcie konsultacji, pierwszy raz w historii, polscy psychiatrzy mieli okazję bezpośrednio wpływać na kształt tworzonego międzynarodowego systemu diagnostycznego.

## Cele pracy

Podstawowym celem było dokonanie oceny aktualnie obowiązującej klasyfikacji zaburzeń psychicznych (ICD-10) oraz zebranie poglądów polskich psychiatrów dotyczących kierunków jej dalszego rozwoju, już w ramach nowego systemu diagnostycznego (ICD-11).

Celami szczegółowymi pracy była analiza poglądów na:

- 1 – przydatność różnych systemów klasyfikacyjnych w codziennej praktyce,
- 2 – podstawowy cel stosowania powszechnego systemu klasyfikacyjnego,
- 3 – optymalną liczbę kategorii, jaką powinien zawierać system diagnostyczny stosowany w psychiatrii,
- 4 – użyteczność klasyfikacji dla innych niż psychiatrzy grup profesjonalistów,
- 5 – wybór formy systemu klasyfikacyjnego: albo opartego na kryteriach diagnostycznych, albo przyjmującego formę opisową,
- 6 – sposób określania nasilenia (ciężkości) zaburzeń,
- 7 – sposób określania poziomu funkcjonowania psychospołecznego,
- 8 – celowość zastosowania wielostopniowych skal do oceny wymiarowej zaburzeń,
- 9 – zasadność rozpoznawania zaburzeń depresyjnych w przypadku, gdy obserwowane objawy stanowią jedynie adekwatną odpowiedź na niekorzystne wydarzenia życiowe,
- 10 – uwzględnianie w klasyfikacji odrębności kulturowych i etnicznych,
- 11 – psychometryczne właściwości klasyfikacji: trafność diagnostyczną i akceptowalność (łatwość) stosowania.

## Metoda

WPA zaoferowała wszystkim narodowym towarzystwom psychiatrycznym to samo narzędzie – internetowy kwestionariusz badawczy [3]. Dokonano jego polskiej

adaptacji. Kwestionariusz został przetłumaczony z angielskiego na polski (Wojciech Kosmowski) i ponownie na angielski (Bartosz Łoza). Po merytorycznej ocenie obu tłumaczeń uzgodniono wersję polską (Bartosz Łoza). Ostateczna postać kwestionariusza została opracowana wspólnie z międzynarodowymi ekspertami WPA i WHO odpowiedzialnymi za projekt (Patricia Esparza).

W internetowej sondzie znalazły się pytania dotyczące jej uczestników oraz pytania merytorycznie związane z samą klasyfikacją. Program zawierał pytania zamknięte i otwarte oraz dawał możliwość wnoszenia swobodnych komentarzy. Sonda WPA –WHO pozwalała na niezależne zweryfikowanie poglądów uczestników preferujących ICD-10 bądź DSM-IV [1, 5]. Ponieważ tylko 2% lekarzy w Polsce uznało, że preferuje w codziennej praktyce DSM-IV, rezultaty tej części były niemiernodajne i zostały w niniejszej pracy pominięte.

WPA zebrała i wstępnie opracowała statystycznie wyniki, a następnie przekazała je do wykorzystania stronie polskiej. Wyniki światowe zostały opublikowane w „World Psychiatry” [3] i omówione w *Psychiatrii Polskiej* [4].

### Grupa uczestników

W badaniu uczestniczyli wyłącznie specjaliści psychiatrzy. Taki standard kompetencji przyjęła WPA dla wszystkich krajów. Charakterystyka uczestników została przedstawiona w tabeli 1. Zgodnie z międzynarodowymi założeniami statystycznymi zalecany był udział co najmniej 200 uczestników z naszego kraju, co osiągnięto. Zarząd Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego był organizacyjnie i medialnie zaangażowany w tych konsultacjach. Równocześnie podejmowano starania, by żaden z ośrodków, regionów lub sekcji nie zdominował wyników kwestionariusza. Należy podkreślić, że uczestnikami projektu byli lekarze mający dużą praktykę kliniczną; aż 94,7% psychiatrów zadeklarowało, że systematycznie świadczy pomoc pacjentom (nie rzadziej niż raz w tygodniu).

Tabela 1. Charakterystyka uczestników badania

Lp.	Parametr	Miano	Wynik
1	Lekarze, którzy w jakimkolwiek zakresie uczestniczyli w badaniu	liczba	482
2	Lekarze, którzy wypełnili kwestionariusz	liczba	239
3	Lekarze, którzy wyrazili zgodę na wykorzystanie przekazanych informacji	liczba	206
4	Czas wypełnienia kwestionariusza	mediana, minuty	22
5	Wiek uczestników	średnia, lata	41,7
6	Mężczyźni/Kobiety	%, proporcja	48,1% / 51,9%
7	Doświadczenie	średnia, lata	9,7
8	Systematyczne świadczenie pomocy pacjentom	%, kontakt z pacjentami nie rzadziej niż raz w tygodniu	94,7%

## Wyniki

### 1. Przydatność systemów klasyfikacyjnych

Psychiatrzy określali przydatność różnych systemów klasyfikacyjnych w ich codziennej praktyce:

- 96% psychiatrów wskazało ICD-10,
- 2% – DSM-IV,
- 1% – ICD-9,
- 1% – inny system.

### 2. Cel stosowania systemu klasyfikacyjnego

Psychiatrzy określali główny cel stosowania powszechnego systemu klasyfikacyjnego:

- 55% uczestników uznało, że klasyfikacja to rzetelne narzędzie komunikacji pomiędzy klinicystami;
- 33% – że służy ułatwianiu podejmowania decyzji dotyczących leczenia i postępowania klinicznego;
- 4% – służy tworzeniu narodowej statystyki zaburzeń psychicznych;
- 2% – służy ułatwianiu komunikacji pomiędzy klinicystami a pacjentami (konsumentami usług);
- 2% – służy ułatwianiu badań naukowych;
- 4% – służy innym celom.

### 3. Liczba kategorii w systemie diagnostycznym

Wskazano optymalną liczbę kategorii, jaką powinien zawierać system diagnostyczny stosowany w psychiatrii. Według 61% uczestników to 31–100 kategorii, 23% uznało, że 10–30 kategorii, 21% – 101–200, 5% uczestników uznało zasadność istnienia powyżej 200 kategorii.

### 4. Użyteczność klasyfikacji dla profesjonalistów innych niż psychiatrzy

W trzech aspektach analizowano użyteczność klasyfikacji dla różnych grup profesjonalistów, którzy nie są psychiatrami:

- 98% uznało, że wszyscy profesjonalści zajmujący się zdrowiem psychicznym (psycholodzy, pracownicy socjalni, pielęgniarze i inni) powinni posługiwać się klasyfikacją psychiatryczną, jako narzędziem referencyjnym;
- 80% wskazało, że należy przygotować specjalną, zmodyfikowaną i uproszczoną wersję klasyfikacji psychiatrycznej dla lekarzy pierwszego kontaktu;
- 82% uznało, że niemedycyjni uczestnicy procesu udzielania świadczeń i wszystkie osoby zajmujące się zdrowiem psychicznym, jak np. prawnicy lub pracownicy administracji, powinni dysponować dającą się zastosować wiedzą o klasyfikacji zaburzeń.

5. Klasyfikacja albo w formie zbioru kryteriów diagnostycznych, albo w formie opisu zaburzeń

Uczestnicy określali, czy dążąc do największej użyteczności (jakkolwiek zdefiniowanej) systemu klasyfikacji psychiatrycznej, powinno się nadać mu formę ściśle określonych kryteriów diagnostycznych czy raczej formę opisową:

- 47% psychiatrów uznało, że klasyfikacja powinna oferować jednoznaczne, ściśle kryteria diagnostyczne;
- 53% uznało, że klasyfikacja powinna oferować jedynie wskazówki kliniczne, które pozwalają na elastyczne, zindywidualizowane i zróżnicowane kulturowo rozpoznania.

#### 6. Sposób określania nasilenia (ciężkości) zaburzeń

Uczestnicy wypowiedzieli się na temat optymalnej formuły opisującej nasilenie zaburzeń psychicznych:

- 34% uczestników postulowało wprowadzenie osobnej osi nasilenia zaburzeń, która mogłaby być używana uniwersalnie we wszystkich rozpoznaniach;
- 31% postulowało wprowadzenie podtypów poszczególnych kategorii diagnostycznych (np. łagodny, umiarkowany lub ciężki epizod depresji), w zależności od liczby i/lub nasilenia stwierdzonych objawów;
- 22% – wprowadzenie podtypów zaburzeń według stopnia zaburzeń funkcjonowania, np. w odniesieniu do zaburzeń samoobsługi lub zaburzeń funkcjonowania zawodowego;
- 14% uważało, że nie należy wprowadzać określenia nasilenia; nasilenie jest ważnym elementem oceny klinicznej, ale nie ma potrzeby wprowadzania go jako części systemu diagnostycznego.

#### 7. Sposób określania funkcjonowania psychospołecznego

Wskazywano najlepszy sposób powiązania diagnozy klinicznej (zaburzenia psychicznego) i poziomu funkcjonowania (np. zdolności do samoobsługi lub funkcjonowania zawodowego):

- 50% uczestników uznało, że poziom funkcjonowania może być traktowany tak, jak kryterium diagnostyczne;
- 32% uznało, że poziom funkcjonowania nie powinien być włączany do kryteriów diagnostycznych;
- 18% stwierdziło, że jeśli nie ma ograniczenia funkcjonowania, zaburzenie psychiczne w ogóle nie powinno być rozpoznawane.

#### 8. Zastosowanie skal do oceny wymiarowej zaburzeń

Określano celowość zastosowania w systemie diagnostycznym specjalnych, wielostopniowych skal do oceny wymiarowej zaburzeń:

- 38% psychiatrów uznało za celowe wprowadzenie tego typu skal, ponieważ trafniej oddawałoby to ciągłą (liniową) naturę zaburzeń psychopatologicznych;
- 30% także się z tym zgodziło, ponieważ uczyniłoby to diagnozę bardziej precyzyjną i zindywidualizowaną;
- 19% nie zgodziło się, ponieważ byłoby to zbyt skomplikowane do zastosowania w przypadku większości kategorii klinicznych;

- 12% nie zgodziło się, ponieważ istnieją niewystarczające dane badawcze, dotyczące rzetelnego diagnozowania z zastosowaniem podejścia wymiarowego.

9. Zasadność rozpoznawania zaburzeń depresyjnych w przypadku wystąpienia objawów adekwatnych do wydarzeń życiowych

Uczestnicy analizowali, czy należy rozpoznawać zaburzenia depresyjne wówczas, kiedy obserwowane objawy stanowią jedynie adekwatną odpowiedź na niekorzystne wydarzenia życiowe (np. utratę pracy, utratę domu lub rozwód):

- 63% psychiatrów uznało, że takie rozpoznanie należy postawić, jeśli kryteria zespołu depresyjnego są spełnione; diagnoza powinna być postawiona niezależnie od tego, czy wydarzenia życiowe mogą ją wyjaśnić;
- 37% było przeciwnego zdania; adekwatna odpowiedź na niekorzystne wydarzenia życiowe nie powinna być uważana za zaburzenie psychiczne.

#### 10. Odrębności kulturowe i etniczne w klasyfikacji

Uczestnicy odnieśli się do trudności wynikających z kulturowych i etnicznych przynależności w stosowaniu klasyfikacji zaburzeń psychicznych. Rozpatrywano je w dwóch aspektach:

- 21% psychiatrów uznało, że zastosowanie systemu diagnostycznego jest zdecydowanie trudne, jeśli pacjent należy do innego niż lekarz kręgu kulturowego lub etnicznego; przeciwnego zdania było 21%, a pośrednie zdanie wyraziło 57% respondentów;
- 16% psychiatrów uznało, że zastosowanie systemu diagnostycznego jest trudne, ponieważ pozostaje on nadmiernie zakorzeniony w amerykańskich oraz europejskich poglądach i wartościach kulturowych; przeciwnego zdania było 38%, a pośrednie zdanie wyrażało 45%.

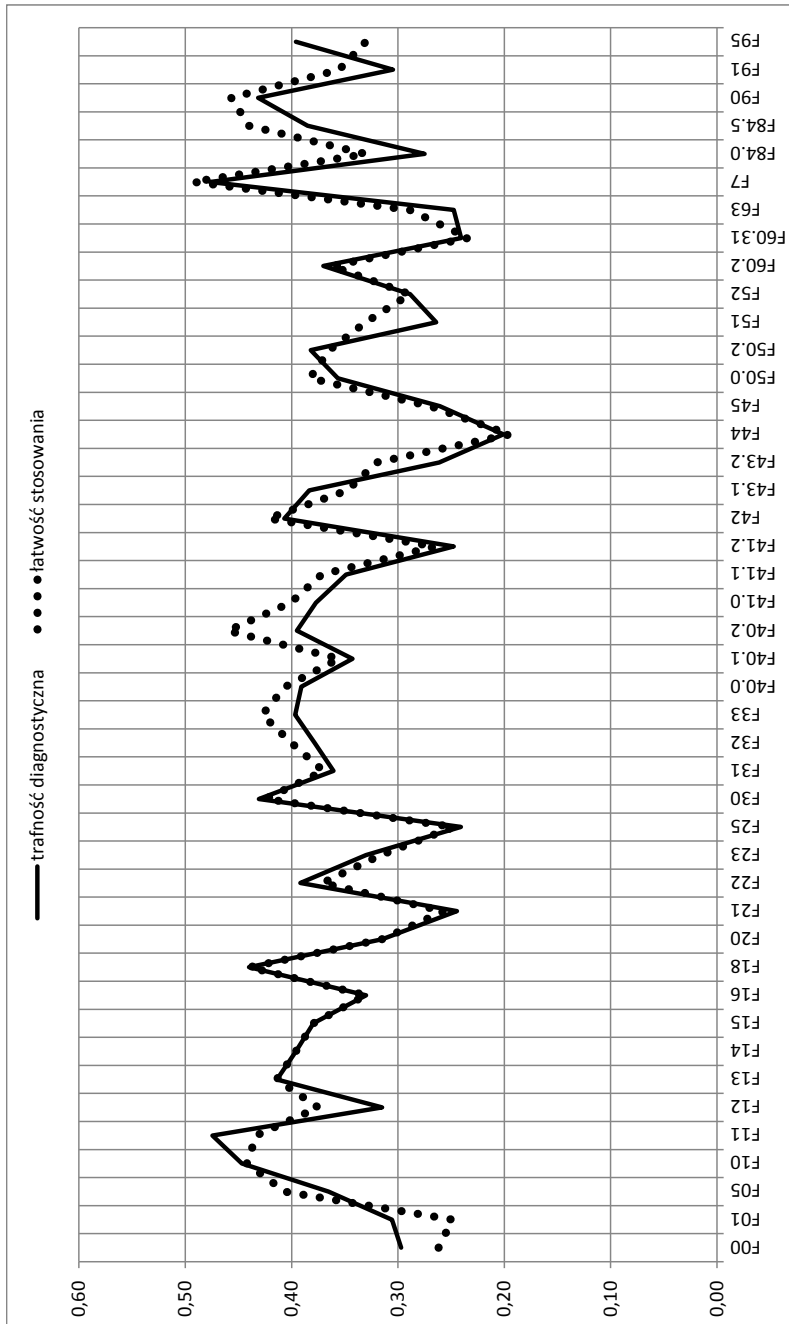
#### 11. Właściwości psychometryczne klasyfikacji

Uczestnicy wyrazili opinie nt. właściwości psychometrycznych wybranych kryteriów ICD-10: (1) ich trafności diagnostycznej („goodness of fit”) oraz (2) ich oceny formalnej – praktycznej łatwości stosowania („ease of use”), czyli akceptowalności narzędzia.

Ze względu na dużą liczbę kryteriów ICD-10 dokonano wstępnej selekcji rozpoznań, prosząc o wskazanie tylko tych, które są wykorzystywane nie rzadziej niż raz w tygodniu w praktyce respondenta. Ponieważ celem było ustalenie jedynie podstawowego trendu, zdecydowano na zasadzie 0 (ocena negatywna) – 1 (ocena pozytywna). Stąd zbiorcze wyniki rozkładają się od 0,20 (najniższa ocena) do 0,48 (najwyższa ocena). Wyniki (trafność i akceptowalność) zostały uporządkowane wg kolejności występowania zaburzeń w ICD-10 i przedstawione na wykresie 1.

**Objaśnienie skrótów użytych w wykresie:** F00 Otepienie w chorobie Alzheimera, F01 Otepienie naczyniowe, F05 Majaczenie niewywołane alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi, F10 Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane spożyciem alkoholu, F11 Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem opioidów, F12 Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem kannabinoidów, F13 Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem substancji uspokajających i nasennych, F14 Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem kokainy, F15 Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem innych stymulantów, F16 Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem środków halucynogennych, F18 Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem lotnych rozpuszczalników organicznych, F20 Schizofrenia, F21 Zaburzenie schizotypowe, F22 Uporczywe zaburzenie urojeniowe, F23 Ostre i przemijające zaburzenie psychotyczne, F25 Zaburzenie schizo-

*dalszy ciąg objaśnień skrótów – pod wykresem*



afektywne, F30 Epizod maniakałny, F31 Zaburzenie afektywne dwubiegunowe, F32 Epizod depresyjny, F33 Zaburzenie depresyjne nawracające, F40.0 Agorafobia, F40.1 Fobia społeczna, F40.2 Fobia specyficzna (izolowana), F41.0 Lęk napadowy (panika), F41.1 Uogólnione zaburzenie lękowe, F41.2 Zaburzenie lękowe i depresyjne mieszanne, F42 Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne, F43.1 Zaburzenie stresowe pourazowe, F43.2 Zaburzenie przystosowania, F44 Zaburzenia dysocjacyjne/konwersyjne, F45 Zaburzenia somatoformiczne, F50.0 Jadłowstręt psychiczny, F50.2 Żarłoczność psychiczna, F51 Zaburzenie snu nieorganiczne, F52 Dysfunkcje seksualne, F60.2 Osobowość antysocjalna, F60.31 Osobowość z pogranicza, F63 Zaburzenia nawyków i impulsów, F7 Upośledzenie umysłowe, F84.0 Autyzm dziecięcy, F84.5 Zespół Aspergera, F90 Zaburzenie hiperkinetyczne (z deficytem uwagi), F91 Zaburzenia zachowania, w tym: zaburzenie opozycyjno-buntownicze, F95 Tiki.

## Omówienie wyników

### 1. Przydatność systemów klasyfikacyjnych

Klasyfikacja ICD-10 jest w Polsce podstawą prawną do udzielania świadczeń od roku 1997, natomiast DSM-IV ma zastosowanie przede wszystkim w celach naukowych. ICD-10 bardziej różni się od poprzedniej ICD-9 niż od DSM-IV. Podstawowa zbieżność ICD-10 i DSM-IV wyraża się w pełnej operacjonalizacji kryteriów. System amerykański w znanej obecnie formie jest rozwijany od roku 1980 (DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, DSM-IV-TR). Podsumowując, wysokie poparcie dla ICD-10 wynikać może z tego, że system oferuje większość zalet systemu amerykańskiego, a równocześnie jest systemem prawnie obowiązującym w naszym kraju. Wskazanie ICD-9 zapewne nie było przypadkowe, ponieważ klasyfikacja ta jest nadal rozwijana (sic!), służąc definiowaniu procedur medycznych na świecie, także w USA i w Polsce; w tym zakresie zostanie zastąpiona przez ICD-10 prawdopodobnie w roku 2013.

### 2. Cel stosowania systemu klasyfikacyjnego

Charakterystyczne, że przyczyna formalna stosowania klasyfikacji (ułatwienia komunikacji między profesjonalistami) została uznana za ważniejszą od przyczyny merytorycznej (diagnoza kliniczna). Lekarze są świadomi umowności wielu aspektów psychiatrii i rozumieją w tym kontekście integrującą rolę klasyfikacji.

Stosunkowo niewielką popularność zdobyła potrzeba wsparcia „narodowej statystyki” zaburzeń psychicznych. Warto zwrócić uwagę, że są to dwa różne zagadnienia: statystyczne gromadzenie danych krajowych, ale też tworzenie narodowej klasyfikacji. W przypadku tej drugiej koncepcji nie chodzi o odmienny od ICD-10 system klasyfikacji, lecz raczej o system uzupełniający. Tego typu rozwiązania funkcjonują w wielu krajach, np. w Niemczech, Francji i Szwecji.

Zastanawiająco niewielkie poparcie zdobyła potrzeba uwzględniania klasyfikacji w dialogu z najbardziej zainteresowanymi – pacjentami (2% wskazań). Także zaskakująco niskie poparcie zdobyło jej wykorzystanie w badaniach naukowych (2%). Wszystkie te wskazania nie są dla siebie konkurencyjne, największą akceptację zyskało jednak wykorzystanie klasyfikacji przede wszystkim w codziennej praktyce.

### 3. Liczba kategorii w systemie diagnostycznym

Psychiatrzy dążą do uproszczenia systemu klasyfikacji. Obecnie ICD-10 oferuje w swoich podstawowych dziesięciu rozdziałach kilkaset kategorii diagnostycznych. Jeżeli przyjąć tylko najbardziej użyteczny poziom kodowania (Fxx.x), na którym mamy możliwość rozpoznania np. otepiania wielozawałowego, zespołu Aspergera lub schizofrenii paranoidalnej, liczba ważnych kategorii w psychiatrii wynosi ok. 400. Ze względu na to, że tylko 5% uczestników sondy zbliżyło się do tej faktycznej liczby, można mówić o powszechnej, kontestującej postawie.

### 4. Użyteczność klasyfikacji dla profesjonalistów innych niż psychiatrzy

Psychiatrzy, opierając się w swojej pracy na systemie klasyfikacji, wskazują na znaczenie tego systemu dla efektywności pracy innych świadczeniodawców oraz



działań wszelkich osób i podmiotów udzielających pomocy pacjentom. Przeszkodą jest jednak to, że klasyfikacja w obecnej formule jest zbyt trudna do praktycznego użytku wśród ogółu niepsychiatrów. Postulowane jest uproszczenie, skrócenie i uprzyśpieszenie klasyfikacji.

5. Klasyfikacja albo w formie zbioru kryteriów diagnostycznych, albo w formie opisu zaburzeń

Doszło do niemal równego podziału głosów. Wydawałoby się więc, że spór jest dramatycznie ostry, tymczasem pozostaje dość teoretyczny, ponieważ zarówno ICD-10, jak i DSM-IV są dostępne już obecnie w obu formach: ścisłych kryteriów diagnostycznych oraz w postaci opisu zaburzeń. Co więcej, praktyka kliniczna jest raczej taka, że równocześnie wykorzystywane są ścisłe kryteria diagnostyczne (podejście analityczne), które są jednocześnie konfrontowane z całościowym obrazem pacjenta (podejście syntetyczne).

6. Sposób określania nasilenia (ciężkości) zaburzeń

Sukces wieloosiowej diagnozy, zapoczątkowanej w klasyfikacji amerykańskiej i następnie implementowanej do klasyfikacji międzynarodowej ICD-10, spowodował, że w odniesieniu do określenia nasilenia zaburzeń psychiatrzy postulują na pierwszym miejscu (34% poparcia) dodanie jeszcze jednej osi – osi nasilenia zaburzeń. Takie synkretyczne podejście jest racjonalne. „Nasilenie” jest polietiologiczną i polidiagnostyczną kategorią, zarówno obiektywną, jak i subiektywną, ściśle wynikającą z samej choroby, ale i z sytuacji społecznej pacjenta.

Na drugim miejscu (31% poparcia) znalazł się model oparty na ściśle określonych kryteriach klinicznych. Jest to model wartościowy, ponieważ często nasilenie wyznacza nową jakość kliniczną, np. zaburzenia depresyjne umiarkowane i ciężkie inaczej rokoją i wymagają innego wzorca leczenia niż postacie łagodne.

Model funkcjonalny (22% poparcia) odwołuje się do jednego z fundamentalnych dla psychiatrii stwierdzeń, że zaburzeniem może być tylko to, co prowadzi do skutków dysfunkcyjnych. Podobnie brzmiałoby uzasadnienie wskazań do leczenia psychiatrycznego.

Wreszcie ostatni pogląd, chociaż wcale nierzadki (14% poparcia), zakłada, że nasilenie zaburzeń pozostaje w znacznym stopniu poza kryterialną diagnozą i powinno być identyfikowane raczej przez takie „narzędzia”, jak empatia, Praecox-Gefühl klinicysty, czy inne emocje ujawniane w kontakcie z pacjentem.

7. Sposób określania funkcjonowania psychospołecznego

Połowa uczestników wyraziła stanowisko pragmatyczne, traktując poziom funkcjonowania na równi z innymi objawami zaburzeń psychicznych. 1/3 uznała wtórność i nieistotność zaburzeń funkcjonowania w porównaniu z zaburzeniami psychicznymi („psychicznymi” w ścisłym tego słowa znaczeniu). Odwrotne stanowisko wyraziła prawie 1/5 uczestników – że nie można rozpoznawać zaburzeń psychicznych, jeżeli nie rodzą one konsekwencji funkcjonalnych.

8. Zastosowanie skal do oceny wymiarowej zaburzeń

Podjęcie wymiarowe jest obecne w systemach diagnostycznych od dawna, szczególnie w badaniach nad schizofrenią. Klasyfikacja DSM-IV pozwala na równoległość, w zależności od potrzeb, diagnozowania schizofrenii w ujęciu kategorialnym lub wymiarowym [5]. Podjęcie to pozwala przeciwdziałać zbyt prostemu rozróżnianiu, czy objaw „jest”, czy go „nie ma”. Większość konsultowanych psychiatrów była świadoma użyteczności tej metody. Jednak uczestnicy zdawali sobie równocześnie sprawę, że diagnoza stawiana w ten sposób może być trudniejsza – z przyczyn i formalnych, i merytorycznych – od podejścia kategorialnego.

9. Zasadność rozpoznawania zaburzeń depresyjnych w przypadku wystąpienia objawów adekwatnych do wydarzeń życiowych

Rozstrzygano w tym przypadku jeden z największych i najstarszych dylematów etiopatogenetycznych w psychiatrii: czy zaburzenia psychiczne są głównie wewnątrz- czy zewnątrzpochodne? Przedmiotem były wprawdzie tylko zaburzenia depresyjne, jednak sam dylemat ma historyczne odniesienie. W przeszłości klasyfikacje DSM-I z 1952 i DSM-II z 1968 były zdominowane przez pogląd o primacie reaktywności w etiopatogenezie. Wszystkie zaburzenia miały być tylko „reakcjami”, „skutkami”. W obecnej sondzie aż 2/3 uczestników wskazało, że sprzeczności w istocie nie ma lub jest to sprzeczność „niepraktyczna” klinicznie, tym bardziej, że pogląd mniejszości (1/3) nie wykluczał zapewne możliwości interwencji objawowej w owych stanach reaktywnych (ale teoretycznie nieklinicznych). Taka dwuznaczna sytuacja występuje w przypadku reakcji żałoby, w której standardowo nie prowadzi się leczenia. Dopiero, zgodnie z praktyką, interwencja następuje w powikłanej reakcji żałoby.

10. Odrębności kulturowe i etniczne w klasyfikacji

W porównaniu z wieloma, uczestniczącymi w tym samym badaniu, krajami [4], polscy psychiatry okazali się sceptyczni co do wpływu odrębności etnicznych i kulturowych na kształt i praktykę stosowania klasyfikacji. Taki pogląd wypływał zapewne w pierwszej kolejności z jednorodności etnicznej i kulturowej Polski. Z drugiej strony, wyrażono zaufanie do uniwersalnego, niezależnego od regionalizmów, potencjału pomiarowego klasyfikacji ICD-10.

11. Właściwości psychometryczne klasyfikacji

Najmniejszą trafnością diagnostyczną, w ocenie ogółu respondentów, cechowało się F44 – zaburzenie dysocjacyjne (konwersyjne), za najtrafniej zaś zdefiniowane uznano F7 – upośledzenie umysłowe.

Generalnie, najmniejszą trafnością charakteryzowały się dwie grupy zaburzeń:

- z rozdziału F2: zaburzenia schizotypowe i schizoafektywne;
- z rozdziałów F4 i F6: zaburzenia nerwicowe i zaburzenia osobowości; zwłaszcza te cechujące się dużą niestabilnością emocji i znaczną dynamiką przebiegu: F41.2 – zaburzenie lękowe i depresyjne mieszane, F43.2 – zaburzenie adaptacyjne, F44 – zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne), F45 – zaburzenia somatoformiczne, F60.31 – osobowość z ograniczania, F63 – zaburzenia nawyków i impulsów.

W przypadku obu wymienionych kategorii z rozdziału F2, od dawna trwa spór o ich pozycję klasyfikacyjną i generalną zasadność rozpoznawania. Z kolei druga grupa zaburzeń (nerwicowo-osobowościowych) reprezentuje zdefiniowane stosunkowo niedawno rozpoznania kontrowersyjne albo też stany o istotnych trudnościach w diagnostyce różnicowej.

Za **najtrafniej** zdefiniowane zostały uznane różne typy uzależnień oraz – co wydaje się do pewnego stopnia zaskakujące – zaburzenia afektywne. W odniesieniu do drugiej grupy, najwyraźniej nie podważyła tego niesłabnąca dyskusja o alternatywnych systemach klasyfikacji zaburzeń afektywnych (jednobiegunowych i dwubiegunowych).

W opinii psychiatrów, trafność diagnostyczna wybranych kryteriów niemal pokrywała się z formalną łatwością ich stosowania. Najwyraźniej zasady i schematy opisu zaburzeń w ICD-10 są przejrzyste, nie utrudniają ich stosowania, a jeśli tak, to trafność diagnostyczna kategorii zdominowała nie tylko merytoryczną, ale i formalną stronę opisu klinicznego. Do zauważalnych, zresztą nieznacznych odstępstw od tej zasady, należały: F01 – otępienie naczyniowe, w którym występują duże formalne trudności w diagnozie w porównaniu z trafnością samej definicji zaburzenia, a także sytuacja odwrotna – F40.2 – fobia specyficzna (izolowana), której rozpoznanie jest względnie łatwe przy użyciu proponowanych kryteriów diagnostycznych.

### Ograniczenia wyników pracy

206 psychiatrów, uczestników badania, stanowi około 8% ogółu 2700 specjalistów w Polsce. Wydaje się to dużo, jednak równocześnie należy pamiętać, że byli to sami ochotnicy, którzy wypełnili internetowy program. W pewien sposób selekcjonowało to grupę, np. wyodrębniając lekarzy mających większą łatwość w obsłudze oprogramowania komputerowego.

Próba stworzenia międzynarodowego narzędzia przyczyniła się w wielu punktach ankiety do ogólnikowości pytań lub rozpatrywania zagadnień o mniejszej wadze dla Polski, jak np. konkurencja ICD-10 z DSM-IV czy wpływ wielokulturowości i wieloetniczności.

### Wnioski

Warto zwrócić uwagę, że chociaż przedmiotem konsultacji były różne aspekty użytkowe klasyfikacji zaburzeń psychicznych, projekt wzbudził narodowe zainteresowanie nową klasyfikacją i pozwolił na faktyczne jej współtworzenie przez znaczną grupę psychiatrów. WHO i WPA zachęcają do udziału w dalszych etapach prac nad ICD-11. Zarząd PTP zobowiązał się do wsparcia tych działań.

Żadne z rozwiązań klasyfikacji międzynarodowej w jej obecnej – w pełni zoperacjonalizowanej – formie nie było negatywnie ocenione. Przeciwnie, wszystkie podstawowe parametry systemu diagnostycznego zostały zaakceptowane. ICD-10 jest systemem powszechnie stosowanym i samodzielnym; w opinii uczestników nie wymaga odwoływania się do DSM, np. w celach badawczych, co było praktyką dość typową w czasie obowiązywania poprzedniej wersji (ICD-9). To, czego polscy psy-

chiatrzy oczekują od kolejnej wersji klasyfikacji, to zachowania jej funkcjonalności, np. poprzez redukcję liczby kategorii i uproszczenie ich definicji w celu umożliwienia dostępu do ICD-11 ogółowi profesjonalistów i innych użytkowników. Wyrażany był pogląd, by nie uzależniać kształtu klasyfikacji od niejasnych podstaw etiopatogenetycznych, kulturowych czy etnicznych. Wiele rozwiązań może funkcjonować równolegle, alternatywnie i uzupełniając się wzajemnie, jak np. kategoriałność versus wymiarowość opisu klinicznego, podobnie – uwzględnianie lub nieuwzględnianie w opisie klinicznym poziomu nasilenia zaburzeń czy poziomu funkcjonowania społecznego. Uczestnicy zidentyfikowali dwie grupy zaburzeń, które wymagają analizy ze względu na zbyt niską trafność diagnostyczną definicji zawartych w ICD-10.

**В направлении новых классификаций психических нарушений.  
Опиинипольских психиатров на тему проекта ICD-11**

**Содержание**

**Задание.** ВОЗ а также Международное психиатрическое общество (ВПО) начали мировые исследования, относящиеся к ревизии типов психических нарушений ICD-10. Это является частью глобальных и систематических исследований, относящихся к основе к введению новой классификации психических болезней (ICD-11).

**Метод.** Польская часть исследований, после перевода и приспособления пособий проведена в электронной форме в периоде 17.01–22.02 2011 года, совместно с Польским психиатрическим обществом. 206 психиатров предложили свои опыты и концепции с различными системами классификации.

**Результаты.** В предлагаемой статье приводим результаты польской части исследований. Психиатры выразили ожидание более простой классификации, с диагностикой и оставлением в ICD-11 менее 100 главных категорий. Это было бы лучше для общего числа профессионалов и иных участников терапевтических процедур. Признано возможным, чтобы в классификации находились одновременно дефиниции диагнозов в форме точных критериев как диагностических, так и общих, эластичных клинических указаний. Утяжеление нарушений должно быть выражено независимой диагностической осью. Уровень функционирования необходимо анализировать таким самым образом как и остальную часть диагностических критериев. При клинической оценке положительным фактом является использование вымеренной шкалой. Участники программы не считали за необходимым, чтобы культурные факторы затрудняли существенные использования классификации. Трудность некоторых диагностических категорий признаны за недостаточные.

**Вывод.** Трудность некоторых диагностических категорий признана неполноценной и поэтому их определения должны измениться. Это относится особенно к шизотипным нарушениям, шизоаффективным, пограничной личности, диссипационным нарушениям и конверсии, а также к некоторым иным невротическим нарушениям.

Реализация проекта позволила на увеличение народной заинтересованности новой классификацией и фактическим участием в ее создании большой группой польских психиатров.

**In Richtung der neuen Klassifikation von psychischen Störungen. Teil II: Meinungen der polnischen Psychiater zum ICD-11 – Projekt**

**Zusammenfassung**

**Ziel.** Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und Weltgesellschaft für Psychiatrie (WPA) starteten die internationalen Studien an der Revision des Abschnittes von ICD - 10 zu psychischen Störungen. Es ist ein Teil der globalen und systematischen Studien, die eine Grundlage zur Einführung der neuen Klassifikation der psychischen Störungen (ICD -11) bilden.

**Methode.** Der polnische Teil dieser Studien fand nach der Übersetzung und Implementierung der Instrumente auf dem elektronischen Wege in der Zeit vom 17.01. bis zum 22.02.2001 statt. Die Polnische Gesellschaft für Psychiatrie war an der Zusammenarbeit beteiligt. 206 Psychiater stellten ihre Erfahrungen und Ideen zu unterschiedlichen Klassifizierungssystemen dar.

**Ergebnisse.** In dem Artikel beschreiben wir die Ergebnisse der polnischen Studie. Die Psychiater erwarteten eine Vereinfachung der Klassifizierung und forderten in ICD – 11 weniger als 100 Hauptkategorien. Es wäre für die Profis und andere Teilnehmer von therapeutischen Verfahren nützlich. Es galt als zulässig, bei der Klassifizierung gleichzeitig sowohl die Definitionen von Diagnosen in der Form von engen diagnostischen Kriterien auftraten als auch von allgemeinen, elastischen klinischen Hinweisen. Die Intensität der Störungen soll mit der unabhängigen diagnostischen Achse ausgedrückt werden. Der Level der Funktionsweise soll so analysiert werden, wie der übrige Teil der diagnostischen Kriterien. Bei der klinischen Beurteilung ist günstig, die Ausmaß - Skalen zu verwenden. Die Teilnehmer waren nicht der Meinung, dass die kulturbedingten Faktoren die Anwendung der Klassifizierung schwer machen sollen. Die Reliabilität mancher diagnostischer Kriterien galt als nicht ausreichend und aus diesem Grunde sollten ihre Definitionen verändert werden; es betrifft insbesondere die schizotype Störung, schizoaffektive Störung, Borderline – Persönlichkeit, dissoziative/konversive Störung und manche andere Nervenstörungen.

**Schlussfolgerungen.** Die Abwicklung des Projekts erlaubte, mit der neuen Klassifizierung ein nationales Interesse hervorzurufen. Den Anteil an ihrer Bildung hatte eine signifikante Gruppe der polnischen Psychiater.

### Vers la nouvelle classification des troubles mentaux. Les opinions des psychiatres polonais quant au projet ICD-11

#### Résumé

**Objectif.** L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et The World Psychiatric Association (WPA) initient les sondages internationaux concernant la révision du chapitre de Mental and Behavioural Disorder de ICD-10. C'est une partie des recherches systématiques et globales constituant les fondements de la nouvelle classification des troubles mentaux (ICD-11).

**Méthode.** En Pologne ces sondages, après la traduction et la mise en œuvre, ont été effectués en forme électronique durant la période de 17.01-22.02.2011 avec la coopération de L'Association Polonaise des Psychiatres. 206 psychiatres présentent leurs propres expériences et leurs idées touchant les autres systèmes de classification.

**Résultats.** Cet ouvrage présente les résultats de ces sondages polonais. Les psychiatres parlent de la simplification du système de classification, ils veulent qu'ICD-11 se compose de moins de 100 catégories principales. Ils trouvent cela profitable pour les psychiatres et les autres personnes engagées au traitement. Les psychiatres acceptent les critères diagnostiques stricts et les flexibles conseils cliniques. L'intensité des troubles doit s'exprimer par l'axe diagnostique indépendant. Le niveau du fonctionnement doit être analysé comme les autres critères diagnostiques. Pour les analyses cliniques il faut profiter des échelles dimensionnelles. Les participants aux sondages ne pensent pas que les facteurs culturels rendent plus difficiles l'application de la classification. La validité de certaines catégories est estimée comme insuffisante et elles doivent changer ; il s'agit surtout de catégories suivantes : trouble de la personnalité schizotypique, trouble schizo-affectif, trouble de la personnalité borderline, trouble de conversion / dissociation, autres névroses.

**Conclusion.** Ces sondages augmentent l'intérêt porté à cette nouvelle classification ICD-11 et ils donnent l'occasion de participer au projet international aux psychiatres polonais.

#### Piśmiennictwo

1. *ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines.* Geneva: World Health Organization; 1992.

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 behavioral disorders*. World Psychiatry 2011; 10: 86–92.
3. Reed GM, Mendonca Correia J, Esparza P, Saxena S, Maj M. *The WPA–WHO global survey of psychiatrists' attitudes towards mental disorders classification*. World Psychiatry 2011; 10: 118–131.
4. Heitzman J, Łoza B, Kosmowski W. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych – koncepcyjne założenia ICD-11*. Psychiatr. Pol. 2011; 45: [ten sam numer].
5. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. Text revision (DSM-IV-TR)*. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.

Adres: Bartosz Łoza  
Klinika Psychiatrii WUM  
05-802 Pruszków, ul. Partyzantów 2/4

Otrzymano: 18.07.2011  
Zrecenzowano: 12.10.2011  
Otrzymano po poprawie: 2.11.2011  
Przyjęto do druku: 3.11.2011