

Psychiatria i Psychoterapia 2016; tom 12, numer 4: strony 29-48

wersja pierwotna – elektroniczna

**Rozwój klasyfikacji w psychiatrii po drugiej wojnie światowej
– od jednowymiarowego ujęcia narodowego do wieloosiowego konsensusu
międzynarodowego.**

**The development of classification in psychiatry after Second World War
- from the one-dimensional national approach to multiaxial international
consensus.**

Ryszard Kujawski

Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych Świecie

Streszczenie

Rozwój nowoczesnej klasyfikacji w psychiatrii przebiegał dwutorowo. Z jednej strony klasyfikacje jednowymiarowe stopniowo były wypierane przez podziały wielowymiarowe, zaś z drugiej – klasyfikacje narodowe traciły na znaczeniu, ustępując miejsca perspektywie międzynarodowej. Po II wojnie światowej w wielu krajach, również w Polsce, przetrwały podziały klasyfikacyjne z lat 30. Do czasu wprowadzenia klasyfikacji międzynarodowych poszczególne państwa tworzyły odrębne klasyfikacje, zgodne z ich własną tradycją psychiatryczną. Na przełomie lat 40. i 50. XX w. pojawiły się propozycje klasyfikacji wieloosiowych, które miały początkowo wartość poznawczą lub dydaktyczną, bez zastosowania klinicznego bądź statystycznego. Nie każda z klasyfikacji wieloosiowych stawała się oficjalną klasyfikacją narodową. Prowadzono prace nad unifikacją klasyfikacji zaburzeń psychicznych na świecie. W latach 60. i 70. XX w. zintensyfikowano działania poprawiające jakość klasyfikacji psychiatrycznych, głównie przez wprowadzenie jasnych kryteriów diagnostycznych oraz wieloosiowości. Równocześnie postępowała międzynarodowa unifikacja. Pod koniec lat 60., wraz z ICD-8, klasyfikacja międzynarodowa w zasadzie wyparła klasyfikacje narodowe. ICD-10 (1992) stała się pierwszą ogólnosiwiatową oficjalną klasyfikacją wieloosiową w psychiatrii. W Polsce w latach 40. XX w. własne pomysły klasyfikacyjne zaproponowali Józef Handelsman i Maurycy Borsztajn. Tadeusz Bilikiewicz w 1951 r. opublikował jedną z pierwszych na świecie klasyfikacji wieloosiowych w psychiatrii, której podstawy teoretyczne ukazały się jeszcze w 1947 r. Od 1959 r. w Polsce stosowano w psychiatrii klasyfikację międzynarodową (ICD-7).

Summary

The development of modern classification in psychiatry runs in two ways. On the one hand one-dimensional classifications are gradually being replaced by divisions of multi-dimensional. On the other - national classifications were losing in importance, giving way to an international perspective. After The Second World War in many countries, including Poland, survived the classification from the '30s Until the introduction of the international classification individual countries formed separate classifications in accordance with their own psychiatric traditions. In the late 40's and 50's. there have been proposals for multi-axis classification, which were initially cognitive value or teaching, without the use of clinical or statistical. Not every classification of multi became an official national classification. In the 60s and 70s. work was conducted on the unification of the classification of mental disorders in the world. There have been measures to improve the quality of psychiatric classification, mainly through the introduction of clear diagnostic criteria and multiaxial. At the same time

progressed the international unification. At the end of the 60s, along with the ICD-8, the international classification essentially displaced the national classifications. ICD-10 (1992) became the first worldwide official classification multiaxial in psychiatry. In Poland in the 40s own ideas proposed classification and Józef Handelsman i Maurycy Bornsztajn. Tadeusz Bilikiewicz in 1951 published one of the world's first multiaxial classification in psychiatry, which the theoretical foundations appeared yet in 1947. In Poland since 1959 was used international classification (ICD-7) in psychiatry.

Słowa kluczowe: psychiatria, klasyfikacja zaburzeń psychicznych, historia psychiatrii

Key words: psychiatry, classification of mental disorders, history of psychiatry

Wstęp

Na początku XX w. Władysław Biegański (1857-1917) uznawał klasyfikacje chorób za twór sztuczny, jednak konieczny dla celów poznania. Tworzenie klas w patologii było możliwe, gdy podobne przypadki chorobowe wyraźnie odgraniczały się od innych.

W neuropatologii występowały klasy opisowe, oparte na luźnym skupieniu objawów. Trwałość klas, z uwagi na postępy nauki, miała podrzędne znaczenie [1]. Maurycy Bornsztajn (1874-1952), nawiązując do Biegańskiego, uważał, że klasyfikacja w każdej dziedzinie miała znaczenie nie tylko praktyczne, ułatwiające orientację i porozumiewanie się, lecz głównie teoretyczne, naukowe. Klasyfikacja, będąc wyrazem rozwoju gałęzi wiedzy, stanowić winna jej „zwięzłą syntezę w pewnym okresie czasu”, „zwierciadło w którym odbija się jej stan współczesny” ([2] s. 345). Adolf Falkowski (1886-1963) zwrócił uwagę na większe znaczenie w psychiatrii, niż w innych specjalnościach, klasyfikacji zaburzeń i kryteriów diagnostycznych, co wynikało z braku wiedzy o etiologii i patogenezie zaburzeń psychicznych. Rozwój wiedzy kreował nowe teorie, pojęcia i konstrukty. „Psychiatria znajduje się w okresie rozbudowy, brakuje jej podstaw nauk teoretycznych, brakuje jasnego i sprecyzowanego rozgraniczenia pojęć i terminów, posługuje się terminami i pojęciami trudnymi do rozgraniczenia, wspólnymi psychologii, mowie potocznej i literackiej” [3]. Podobnie uważał Maurycy Bornsztajn, pisząc że psychiatria „nie wyszła jeszcze ze stanu tworzenia się”, gdzie trwał „proces wyłaniania się nowych jednostek z mgławicy chorób psychicznych”, który „daleki jest do końca” ([2] s. 345). Według Lucjana Korzeniowskiego (1897-1984) klasyfikacja chorób psychicznych natrafiała na trudności gdyż etiologia niektórych chorób nie była znana, a wiele chorób psychicznych o rozmaitej etiologii przejawiało podobieństwo symptomatologii [4]. Jan Jaroszyński (1916-93) uważał, że klasyfikacja zaburzeń psychicznych opierała się na wyodrębnianiu i łączeniu pod wspólną nazwą przypadków możliwie najbardziej zbliżonych [5].

Do lat 50. XX w. istniało zamieszanie odnośnie obowiązujących klasyfikacji w psychiatrii. Klasyfikację oficjalną (ICD) początkowo uznawało tylko kilka państw na świecie.

Pewne klasyfikacje półoficjalne (DSM), dzięki nowoczesnym założeniom, oddziaływały na postęp w oficjalnej klasyfikacji międzynarodowej. Natomiast klasyfikacje narodowe tworzyły poszczególne państwa, zgodne z ich własną tradycją psychiatryczną.

Podejścia narodowe

Klasyfikacje tzw. narodowe w większości miały postać listy zaburzeń. Poszczególne kraje w różny sposób podchodziły do tego problemu. **Klasyfikacja niemiecka** (*Wurzburg Scheme*, 1934) stała się później podstawą dla polskiej klasyfikacji Mz-Pom-5, zawierała 21 grup diagnostycznych, wśród których są zarówno grupy zaburzeń, jak również pojedyncze schorzenia. (Tab. 1).

Tabela 1. Wurzburg Scheme (1934)

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Niedorozwój umysłowy wrodzony lub wcześniej nabyty,2. Zaburzenia psychiczne związane z urazem mózgu,3. Otępienie paralityczne,4. Zaburzenia psychiczne związane z kiłą mózgu i wiałdem rdzenia,5. Epidemiczne zapalenie mózgu,6. Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego - postaci arteriosklerotyczne, przedstarcze (obrazy depresyjne i paranoidalne), starcze, inne (choroba Alzheimera, choroba Picka),7. Płasawica Huntingtona,8. Zaburzenia psychiczne związane z inną chorobą mózgu (guz, stwardnienie rozsiane),9. Zaburzenia psychiczne związane z: chorobami zakaźnymi (włącznie z płasawicą mniejszą), chorobami narządów wewnętrznych, stanem ogólnym, wyniszczeniem; psychozy objawowe związane podczas porodu i laktacji,10. Alkoholizm: upojenie alkoholowe, przewlekły alkoholizm (urojenia zazdrości), majaczenie alkoholowe i halucynozy, psychoza Korsakowa,11. uzależnienia (morfizm, kokainizm),12. zaburzenie psychiczne związane z innymi zatruciami: leki nasenne, ołów, rtęć, arsenik, dwusiarczek węgla, tlenek węgla,13. Padaczka,14. Grupa schizofrenii,15. Grupa choroby maniakalno-depresyjnej (cyklotymia),16. Osobowości psychopatyczne,17. Reakcje nieprawidłowe: reakcje paranoidalne i paranoiczne, reakcje depresyjne, które nie podlegają pod 15., reakcje więzienne, dekompensacje neurotyczne, inne reakcje psychogenne, reakcje indukowane (folie a deux),18. Psychopatie dzieci i młodzieży,19. Przypadki niezdiagnozowane,20. Choroby neurologiczne (bez i z zaburzeniami psychicznymi),21. Różne formy chorób i zaburzeń psychicznych |
|--|

Źródło: Nitsche P. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. 1934; 102: 377. Cyt. za: Stengel E. *Classification of Mental Disorders*. Bulletin of the World Health Organization. 1959; 21: 601-663.

Klasyfikacja francuska (1943) zawierała listę 15 grup zaburzeń: opóźnienie umysłowe, konstytucjonalną nierównowagę, psychonerwice, psychozy maniakalno-depresyjne, psychozy urojeniowe, *dementia praecox*, ostre stany psychotyczne, intoksykacje,

zaburzenia psychiczne spowodowane kiłą, otępienia organiczne, psychozy przedstarcze i inwolucyjne, otępienia wtórne, padaczkę, zaburzenia psychiczne w epidemicznym zapaleniu mózgu oraz nietypowe zaburzenia psychiczne (np. symulacja). **Klasyfikacja duńska** (1952) wydzielała w kategoriach od A do G zaburzenia psychiczne, a od I do L inne sytuacje kliniczne i społeczne: A. Psychozy (intoksykacyjne, podłoże somatyczne, infekcje mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych, pourazowe, guzy mózgu, naczyniopochodne, starcze i przedstarcze; maniakalno-depresyjne; schizofrenia; padaczka; we wrodzonych uszkodzeniach mózgu; psychogenne, inne). B. Nerwice (lękowa; natręctw; depresyjna; histeria; psychosomatyczna; seksualna; astenia; mieszana lub niespecyficzna) C. Niepsychotyczne zaburzenia osobowości: (endogenne – psychopatia; egzogenne; o nieznanym przyczynie; warianty wrodzone); D. Oligofrenia; E. inne (np. dysleksja); F. Izolowane nieprawidłowe reakcje (afektywna, na stres, histeryczna, paranoiczna); G. Zaburzenia psychiczne BNO; H. Brak zaburzeń psychicznych; I. Poniżej 15 rż; J. Próba samobójcza lub samobójstwo; K. Przystępcy; L. Przerwanie ciąży. **Klasyfikacja kanadyjska** (1956) wyróżniała cztery grupy zaburzeń: I. psychozy (8 postaci), II. psychoneurozy (5 postaci), III. zaburzenia charakteru, zachowania i intelektu (6 postaci), IV. stany nie-psychiatryczne (np. kiła bez psychozy, obserwacja bez potrzeby leczenia). Każda z głównych grup zawiera kategorię resztkową – „inne i niespecyficzne”. **Radziecka klasyfikacja** Gilarowskiego (1954): 1. Psychozy spowodowane infekcją; 2. Psychozy spowodowane zatruciem; 3. Psychozy spowodowane urazem mózgu; 4. Zaburzenia psychiczne spowodowane guzem mózgu; 5. Zaburzenia psychiczne spowodowane chorobą somatyczną; 6. Zaburzenia psychiczne spowodowane chorobą naczyniową; 7. Zaburzenia psychiczne przedstarcze i starcze; 8. Schizofrenia; 9. Psychozy maniakalno-depresyjne; 10. Padaczka; 11. Zaburzenia psychogenne (nerwice, psychozy reaktywne); 12. Osobowości psychopatyczne; 13. Oligofrenie. **Radziecka klasyfikacja** Kerbikowa (1958): A. Zaburzenia psychiczne spowodowane infekcją; B. Zaburzenia psychiczne spowodowane nie-infekcyjną chorobą somatyczną; C. Zaburzenia psychozy spowodowane zatruciem; D. Zaburzenia psychiczne spowodowane urazem mózgu; E. Zaburzenia psychiczne spowodowane chorobą naczyniową mózgu; F. Zaburzenia psychiczne spowodowane innym uszkodzeniem mózgu (guz, płasawica Huntingtona, choroba Picka, tbc) G. Zaburzenia psychiczne psychogenne (nerwice, psychozy reaktywne); H. Zaburzenia psychiczne o nieznanym etiologii (schizofrenia, choroba maniakalno-depresyjna; padaczka; psychozy przedstarcze; psychozy starcze) I. Zaburzenia psychiczne związane z patologicznym rozwojem psychicznym (psychopatie, oligofrenie). W **Japonii** (wg T.Muramatsu) wydzielało: A. Zaburzenia psychiczne egzogenne (objawowe): spowodowane

chorobami infekcyjnymi, zaburzeniami endokrynnymi, zaburzeniami innych organów, zaburzeniami metabolizmu; chorobami mózgu; intoksykacjami; kiłą OUN, miażdżycą naczyń mózgowych. psychozy inwolucyjne, psychozy starcze; B. Psychozy endogenne (schizofrenia, psychoza maniakalno-depresyjna, padaczka); C. Nerwice i psychonerwice D. Psychozy psychogenne E. Osobowości psychopatyczne F. Zaburzenia zachowania u dzieci; G. Niedorozwój umysłowy [6].

Rozwój podejścia międzynarodowego. Wzajemne relacje pomiędzy ICD a DSM

Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Przyczyn Zgonów (ICD) sięga korzeniami do XIX w. W trakcie kilku Międzynarodowych Kongresów Statystycznych (1853-99) wypracowano Międzynarodową Listę Przyczyn Zgonów (ILCD) jako zaczątek dla klasyfikacji ICD. W 1893 r. w Chicago po raz pierwszy przyjęto klasyfikację przyczyn zgonów w trzech wersjach: skróconej (44 pozycje), długiej (99 pozycji) i szczegółowej (161 pozycji). W 1898 r. klasyfikację przyjęły Kanada, Meksyk i USA, a w 1899 r. w Kopenhadze zalecono jej przyjęcie przez kraje europejskie i aktualizację co dekadę. W 1900 r. w Paryżu odbyła się I Międzynarodowa Konferencja ds. Rewizji ILCD, a kolejne konferencje odbyły się w latach: 1909 (2. rewizja), 1920 (3. rewizja), 1929 (4. rewizja), 1938 (5. rewizja). Pierwsza klasyfikacja, zawierająca listę nie tylko przyczyn zgonów, ale również chorób, została opublikowana w 1948 r., z zachowaniem kolejności poprzednich rewizji. Tak więc pierwsza międzynarodowa klasyfikacja chorób (a nie tylko przyczyn zgonów) stanowiła szóstą rewizję poprzednich rozważań klasyfikacyjnych, otrzymując nazwę ICD-6 (1948) [7].

ICD-6, zawierająca rozdział, dotyczący zaburzeń psychicznych, powstawała pod wpływem lobby kombatanów II wojny światowej (*Veterans Administration*). Dla lepszego ukazania obrazu klinicznego (psychofizjologicznego, osobowościowego, ostrych zaburzeń) u żołnierzy i weteranów, zawierała 10 kategorii dla psychoz i psychoneuroz oraz 7 kategorii dla zaburzeń charakteru, zachowania i inteligencji. DSM-I (1952), wariant ICD-6, opracowany przez Komitet Nomenklatury i Statystyki Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA), zawierając słownik kategorii diagnostycznych, stał się pierwszym oficjalnym podręcznikiem zaburzeń psychicznych do użytku klinicznego. Termin "reakcja" w DSM-I stanowił wpływ podejścia psychobiologicznego Adolfa Meyera (1866-1950), w którym zaburzenia psychiczne stanowią reakcję osobowości na czynniki psychologiczne, społeczne i biologiczne. Brak szerokiej akceptacji taksonomii z ICD-6 i ICD-7 doprowadził WHO do kompleksowego przeglądu zagadnień diagnostycznych, przeprowadzonego w 1959 r. przez

brytyjskiego psychiatrę Erwina Stengela (1902-73). Jego raportowi można przypisać inspirację dla postępów w metodologii diagnostycznej, a w szczególności potrzebę wyraźnej definicji zaburzeń dla uzyskania wiarygodnej diagnozy klinicznej. O ile DSM-II była podobna do DSM-I, z wyjątkiem rezygnacji z terminu “reakcja”, to ICD-8 (1965) stała się oficjalną klasyfikacją w wielu krajach. DSM-III (1974-80) wprowadziła wiele innowacji metodologicznych (jednoznaczne kryteria diagnostyczne, system wieloosiowy, podejście opisowe, z neutralnością odnośnie teoretycznych etiologii), do których przyczyniły się prace empiryczne nad budową i walidacją jednoznacznych kryteriów diagnostycznych oraz rozwój wywiadów półustrukturyzowanych. Z DSM-III skoordynowano – podobnie jak wcześniej DSM-I i DSM-II – z kolejną wersją ICD – ICD-9 (1975), którą stosowano od 1978 r. ICD-9 nie włączyła kryteriów diagnostycznych ani systemu wieloosiowego, gdyż podstawową funkcją systemu było nakreślenie kategorii dla gromadzenia danych statystycznych. W przeciwieństwie do tego, DSM-III został opracowany dla dostarczenia nomenklatury medycznej dla lekarzy i naukowców. Z powodu niezadowolenia środowisk medycznych brakiem swoistości ICD-9, zmodyfikowano go do użytku w Stanach Zjednoczonych (ICD-9-CM – modyfikacja kliniczna). Doświadczenia z DSM-III ujawniły szereg niespójności w systemie (dla szeregu przypadków kryteria nie były do końca jasne). APA powołało grupę roboczą do rewizji DSM-III, co doprowadziło do publikacji DSM-III-R (1987). DSM-IV (1994) stanowiła wyraz sześciolletnich wysiłków z udziałem ponad 1000 osób i wielu organizacji. Kompleksowy przegląd literatury naukowej pozwolił na ustalenie empirycznej podstawy dokonywanych zmian. Na podstawie badań, dotyczących zaburzeń psychicznych, poczyniono zmiany w klasyfikacji (np. zaburzenia zostały dodane, usunięte lub zreorganizowane), zestawach kryteriów diagnostycznych oraz tekście opisowym. Twórcy DSM-IV i ICD-10 (1992) ściśle skoordynowali działania, co doprowadziło do poprawy zbieżności między systemami [8].

Początki myślenia wieloosiowego i unifikacyjnego

Podział Erika Essen-Möllera (1901-92) i Snorrego Wohlfahrta (1895-1969) z 1947 r. był pierwszą klasyfikacją wieloosiową w psychiatrii. Dawała możliwość postawienia diagnozy w kontekście dwóch osi: reakcji (25 itemów) i etiologii (30 itemów) [9] (Tab. 2).

Tabela 2. Klasyfikacja K. Essen- Möllera i S. Wohlfahrta (1947).

I. Reakcje	II. Etiologia
1. Schizofrenia, reakcja schizofrenopodobna, schizoida; 2. Reakcja maniakalno-depresyjna, dysforia, hipertymia; 3. Padaczka 4. Oligofrenia; 5. Astenia, hipochondria, 6. Stany obsesyjno-kompulsywne; 7. Histeria, mitomania; 8. Reakcja prymitywna. 9. Majaczenie, amentia, 10. Zaburzenia ruchowe, katatonia, 11. Reakcja paranoiczna, idea nadwartościowa, ustawiczne narzekanie, 12. Halucynozja, 13. Ołępienie, amnezja, afazja, 14. Niestabilność emocjonalna, 15. Słabość woli, infantylnizm, 16. Chłód emocjonalny, niemoralność, 17. Nieuspołecznienie, 18. Próba samobójcza, 19. Nieprawidłowość seksualna, 20. Narkomania, nadużycie substancji psychoaktywnej, 21. Anoreksja, 22. Bezsensowność, 23. Bóle głowy, hemicrania, 24. Labilność wegetatywna, 25. Prawidłowy wariant osobowości.	1. Miażdżycza tętnic mózgowych, 2. Starczy zanik mózgu, 3. Choroba Alzheimera, 4. Choroba Pick'a, Pławawica Huntingtona, 4. Rozlane stwardnienie mózgu, 5. Ołępienie paralityczne, kiła mózgowia, 6. Zapalenie mózgu inne, 7. Stwardnienie rozsiane, 8. Uraz mózgu, 9. Krwotok, rozmiękanie mózgu, 10. niedotlenienie, zadzierzgnięcie, 11. Guz, ropień, obrzęk mózgu, 12. Dzieciństwo, dojrzewanie, 13. Klimakterium, wiek podeszły, starość, 14. Ciąża, poronienie, połóg, laktacja, 15. obrzęk śluzowaty, choroba Basedowa, cukrzyca, 16. wyniszczenie, mocznica, 17. niedożywienie, choroba niedoborowa, 18. zakażenie ogólnoustrojowe, 19. choroby krwi, 20. choroby serca, nadciśnienie, 21. zatrucie alkoholowe, ostre lub przewlekłe, 22. zatrucie alkaloidami, 23. zatrucie barbituranami, 24. zatrucie tlenkiem węgla, 25. uraz psychiczny, 26. stres psychiczny, 27. pobór do wojska, wadliwe wychowanie, 28. Napięcie, 29. Dziedziczność, 30. Brak przyczyn.

Źródło: Stengel E. *Classification of Mental Disorders*. Bulletin of the World Health Organization. 1959; 21: 649. Numeracja nie występuje w oryginalnym tekście.

Kurt Schneider (1887-1967) zaproponował w 1950 roku klasyfikację, która może również być oceniana jako wieloosiowa. Trzy odmiany nieprawidłowości stanu zdrowia psychicznego (intelektu, osobowości, emocji), wskutek działania czynników etiologicznych (somatycznych) prowadziły do zaburzeń psychicznych [10] (Tab. 3).

Tabela 3. Klasyfikacja K. Schneidera (1950).

nieprawidłowa zdolność intelektu, nieprawidłowa osobowość nieprawidłowa reakcja na wrażenia emocjonalne	
Zgrupowanie somatyczne (etiologiczne)	Zgrupowanie psychologiczne
intoksykacje, niedowład, infekcje, choroby somatyczne, nieprawidłowy rozwój mózgu, urazy mózgu, miażdżycza tętnic mózgowych, starcze choroby mózgu, inne choroby mózgu, prawdziwa padaczka, przyczyny nieznanne.	a) zaburzenia ostre („zmętnienie” świadomości); b) zaburzenia przewlekłe (deterioracja osobowości oraz ołępienie); c) cyklotymia (psychoza maniakalno-depresyjna) d) schizofrenia

Źródło: Stengel E. *Classification of Mental Disorders*. Bulletin of the World Health Organization. 1959; 21: 647.

W 1952 r. powstała pierwsza wersja amerykańskiej klasyfikacji zaburzeń psychicznych (DSM I). DSM do dziś stanowi, poprzez kolejne wersje, drogowskaz dla klinicystów i badaczy [11] (Tab. 4).

Tabela 4. Klasyfikacja DSM I (1952).

Ostre zaburzenia mózgowe (01-09)	związany z: 01. infekcją, 02. intoksykacją, 03. urazem, 04. zaburzeniami krążenia 05. padaczką, 06. zaburzeniami metabolizmu, 07. nowotworem wewnątrzczaszkowym, 08. z chorobą nieznaną lub o nieznannej przyczynie 09. o nieznannej przyczynie.
Przewlekłe zaburzenia mózgowe (10-19).	związany z: 10. chorobą związaną z infekcją prenatalną, 11. kiłą OUN, 12. inną niż kiła infekcją wewnątrzczaszkową; 13. intoksykacją, 14. urazem, 15. zaburzeniami krążenia, 16. padaczką, 17. zaburzeniami metabolizmu, wzrostu lub odżywiania, 18. nowotworem, 19. z chorobą nieznaną lub o nieznannej przyczynie
Zaburzenia psychotyczne (20-24)	20. Reakcja psychotyczna inwolucyjna, 21. Reakcje afektywne; 22. Reakcje schizofreniczne, 23. Reakcje paranoiczne, 24. Reakcje psychotyczne niezwiązane z jasno zdefiniowanymi zmianami strukturalnymi, inne niż powyższe.
Zaburzenia wegetatywne i narządowe (30-39):	30. Skórne, 31. Mięśniowo-szkieletowe, 32. Oddechowe, 33. Sercowo-naczyniowe, 34. Krwiotwórczo-limfatyczne, 35. Żołądkowo-jelitowe, 36. Genitalno-urologiczne, 37. Endokrynne, 38. Układu nerwowego.
Zaburzenia psychoneurotyczne (40)	[pod jedną liczbą] lękowe, dysocjacyjne, konwersyjne, fobiczne, obsesyjno-kompulsywne, depresyjne.
Zaburzenia osobowości (50-53)	50. Zaburzenia struktury osobowości (osobowość: nieadekwatna, schizoidalna, cyklotymiczna, paranoiczna); 51. Zaburzenia cech osobowości (osobowość niestabilna emocjonalnie, bierno-agresywna, anankastyczna) 52. Zaburzenia socjopatyczne osobowości (reakcja antysocjalna, dysocjalna, dewiacja seksualna, alkoholizm, uzależnienie od innych substancji); 53. Reakcje szczególnych objawów (zaburzenia uczenia, zaburzenia mowy, moczenie, lunatyzm) 54. Zaburzenia osobowości sytuacyjne przemijające.
Deficyty umysłowe (60-62)	

Źródło: Stengel E. *Classification of Mental Disorders*. Bulletin of the World Health Organization. 1959; 21: 628-630.

Henri Ey (1900-77) zaproponował w 1954 r. prostą klasyfikację, w której dzielił zaburzenia na dwie duże grupy: I. Zaburzenia „świadomości” (Ostre psychozy): ataki maniako-depresyjne; epizody paranoiczne i omamowe, stany oniryczne; psychozy zamroczeniowo-oniryczne II. Zaburzenia osobowości (Przewlekłe psychozy i nerwice): brak równowagi psychicznej, nerwice; przewlekłe choroby psychiczne, schizofrenia; otępienia [12]. W Międzynarodowej klasyfikacji chorób (ICD-7, *International Classification of Diseases*) w wersji z 1955 roku w rozdziale piątym umieszczono trzy grupy zaburzeń psychicznych: psychoz, nerwic i zaburzeń charakteru, zachowania i intelektu [13] (Tab. 5).

Tabela 5. Klasyfikacja ICD-7 wersja z 1955 r.

Grupa psychoz (300-309).	300. Psychozy schizofreniczne (typ prosty, hebefreniczny, katatoniczny, paranoidalny, ostra reakcja schizofreniczna, schizofrenia rezydualna, psychoza schizoafektywna); 301. Psychoza (Reakcja) maniakalno-depresyjna; 302. Depresja inwolucyjna; 303. Paranoja; 304. Psychozy starcze; 305. Psychozy przedstarcze; 306. Psychozy z miażdżycą tętnic mózgowych 307. Psychozy alkoholowe 308. Psychozy o innej znanej etiologii; 309. Inne psychozy
Grupa psychoneuroz (310-318)	310. Reakcja lękowa; 311. Reakcja histeryczna; 312. Reakcja foniczna; 313. Reakcja obsesyjno-kompulsyjna; 314. Reakcja lękowo-depresyjna; 315. Psychonerwica z objawami somatycznymi ze strony układu krążenia; 316. Psychonerwica z objawami somatycznymi ze strony układu trawiennego; 317. Psychonerwica z objawami somatycznymi ze strony innych układów 318. Inne (m.in. hipochondria, depersonalizacja).
Grupa zaburzeń charakteru, zachowania i inteligencji (320-326)	320. Osobowość patologiczna (schizoidalna, paranoiczna, cyklotymiczna, nieadekwatna, antysocjalna, asocjalna, dewiacje seksualne); 321. Osobowość niedojrzała (niestabilna emocjonalnie, bierno-zależna, agresywna); 322. Alkoholizm; 323. Inne uzależnienia; 324. Pierwotne zaburzenia zachowania okresu dzieciństwa; 325. Upośledzenie umysłowe (idiota, debil, kretyn, pograniczne upośledzenia, mongolizm); 326. Inne i niespecyficzne zaburzenia charakteru, zachowania i inteligencji

Źródło: World Health Organization. *Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death*, revision, Geneva; 1955/1957.

Rozwój myślenia wieloosiowego i unifikacyjnego

W 1959 r. Erwin Stengel w raporcie o klasyfikacji psychiatrycznej na świecie wskazał na brak jednomyślności pomiędzy różnymi szkołami psychiatrycznymi odnośnie nazewnictwa, kryteriów diagnostycznych i klasyfikacji [6]. W początkach lat 60. Program Zdrowia Psychicznego WHO zajął się poprawą diagnostyki i klasyfikacji zaburzeń psychicznych, organizując spotkania, na których dokonywano przeglądu wiedzy, włączając specjalistów z różnych szkół psychiatrycznych z wszystkich części świata. Poprawa klasyfikacji widoczna była w ICD-8, do której, po raz pierwszy, przygotowano słownik (1965), opisujący każdą z kategorii diagnostycznych. Klasyfikacja ICD-8 zaczęła obowiązywać w większości państw w drugiej połowie lat 60. W latach 70. nastąpił dalszy wzrost zainteresowania klasyfikacją psychiatryczną. Pracowano nad nowymi kryteriami klasyfikacyjnymi, poprawiającymi precyzję diagnostyki [14]. W 1975 r. krótkie opisy kategorii włączono na stałe do Rozdziału V (Zaburzenia psychiczne) w ICD-9 [15]. Do 1980 r. powstało kilkanaście klasyfikacji wieloosiowych w psychiatrii (Tab. 6).

Tabela 6. Porównanie cech pierwszych systemów wieloosiowych (1947-80)

	ZES	OSO	INT	ROZ	PRZ	CIĘ	ADA	ETG	SOM	PSP
Essen-Möller & Wohlfahrt (Szwecja, 1947)	X							X		
Billikiewicz (Polska, 1951)	X	X						X	(X?)	
Leme & Lopes (Brazylia, 1954)	X	X						X		
Rutter i wsp. (Anglia, 1969, 1975)	X		X	X					X	X
Wing (Anglia, 1970)	X		X					X	X	
Ottosson & Perris (Szwecja, 1973)	X				X	X		X		
Helmchen (RFN, 1975)	X				X	X		X		
Strauss (USA, 1975)	X				X		X		X	X
Sadoun i wsp. (Francja, 1976)	X		X	X				X		
Rocha (Brazylia, 1977)	X	X	X					X		
Von Cranach (RFN, 1977)	X	X			X			X		
Kato (Japonia, 1977)	X	X	X					X		
Kreysig (NRD, 1978)	X							X	X	X
DSM-III (USA, 1980)	X	X		X			X		X	X

Skróty użyte w tabeli: ZES – zespół psychiatryczny, OSO – osobowość, INT – poziom intelektu; ROZ – zaburzenia rozwojowe, PRZ – przebieg choroby, CIĘ – ciężkość choroby, ADA – funkcja adaptacyjna, ETG – etiopatogeneza, SOM – stan somatyczny, PSP – stres psychospołeczny (funkcjonowanie społeczne).

Źródło: Mezzich JE. *On developing a psychiatric multi-axial schema for ICD-10*. British Journal of Psychiatry. 1988; 152(suppl.1): 38-43 (z modyfikacjami).

Przełom

Przełom nastąpił w 1980 roku, kiedy to zaproponowano, aby klasyfikacja wieloosiowa stała się międzynarodową (DSM III). Rozwój klasyfikacji stanowił konsekwencję tej decyzji. Kolejne wersje ICD czerpały pomysły z DSM, implementując je na skalę międzynarodową. W różnych krajach poszczególne wersje ICD obowiązywały w różnych latach. W Holandii ICD-8 (1969-1978); ICD-9 (1979-1995), a ICD-10 od 1996 r.; w Szwecji ICD-8 (1969-86); ICD-9 (1987-1996); ICD-10 od 1997 r.; w USA ICD-8 (1968-78), ICD-9 (1979-98), a ICD-10 od 1999 r. [16]. W 1992 r. Światowa Organizacja Zdrowia opublikowała ICD-10; a w 1994 r. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne - DSM-IV. Wydaniu ICD-10 towarzyszyły obszerne podręczniki diagnostyki zaburzeń psychicznych: *Clinical Description and Diagnostic Guidelines*, 1992 oraz *International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems – Tenth Revision*, 1993. Zarys schematu wieloosiowego klasyfikacji ICD-10 zestawiono w tab. 7. W 2013 roku opublikowano DSM-V. Do 2015 r. nie udało się wprowadzić do powszechnego użytku w psychiatrii klasyfikacji ICD-11.

Tabela 7. Zarys schematu wieloosiowego dla ICD-10.

Aspekt	Osie	Instrumenty ICD-10
Psychopatologiczny	I. Zespoły psychiatryczne	F0-F5, F63-F69, F9
	II. Stany rozwojowe	
	A. Zaburzenia osobowości	F60-F62
	B. Upośledzenie umysłowe	F7
	C. Specyficzne i całościowe zaburzenia rozwojowe	F8
Somatyczny	III. Współistniejące stany somatyczne	Rozdziały klasyfikacji inne niż F
Spółeczny	IV. Zaburzone sytuacje psychospołeczne	Kody Z
	V. Niesprawność (w radzeniu sobie, zawodowa, w relacjach rodzinnych)	Klasyfikacja niesprawności

Źródło: Mezzich J.E., *On developing a psychiatric multiaxial schema for ICD-10*. "British Journal of Psychiatry" 1988; 152 (suppl.1), s. 38-43.

Polskie powojenne doświadczenia klasyfikacyjne

Prace nad poprawą klasyfikacji zaburzeń psychicznych w Polsce po drugiej wojnie światowej toczyły się dwutorowo. W odsłonie oficjalnej, dla celów statystyki medycznej, opierały się na kolejnych rozporządzeniach ministra zdrowia. Natomiast propozycje naukowe cechowały się oryginalnością, podążając za nurtem światowym, a nawet go wyprzedzając.

Oficjalnie, dla celów statystycznych, do końca 1950 r. w Polsce obowiązywała klasyfikacja chorób z 1932 r., w której zaburzenia psychiczne wymieniono w jednej (!) pozycji: 84/34 – Schizofrenia i inne postacie chorób psychicznych: a) schizofrenia, b) inne postacie chorób psychicznych. W pozycji 83/33 kodowano porażenie ogólne postępujące, które często manifestowało się różnymi objawami psychopatologicznymi, nie wyszczególnionymi w klasyfikacji [17]. W latach 1951-58 klasyfikowano zaburzenia psychiczne nadal bardzo lakonicznie: 139 – Nerwice czynnościowe; 141 – Choroby psychiczne [18]. Już od 1959 roku w Polsce klasyfikację w psychiatrii zunifikowano z klasyfikacją międzynarodową ICD-7. W latach 1959-69 całość zaburzeń psychicznych dzielono na trzy grupy (Psychozy, Zaburzenia psychonerwicowe, Zaburzenia charakteru, zachowania się i inteligencji), w obrębie których kodowano poszczególne jednostki chorobowe (Tab. 8) [19].

Tabela 8. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych w Polsce w latach 1959-1969

Rozdział V	Choroby psychiczne, psychonerwice i zaburzenia osobowości
Psychozy (300-309)	300 Zaburzenia schizofreniczne; 301 Psychoza maniakalno-depresyjna 302 Melancholia inwolucyjna 303 Paranoja i stany paranoiczne 304 Psychozy starcze 305 Psychozy przedstarcze 306 Psychozy w stwardnieniu tętnic mózgu 307 Psychozy alkoholowe 308 Psychozy o innej etiologii 309 Psychozy inne i BNO
Zaburzenia psychonerwicowe (310-318)	310 Psychoza lękowa bez objawów somatycznych 311 Psychoza historyczna bez stanów lękowych 312 Stany lękowe (fobie) 313 Stany natręctw i przymusu 314 Depresje. Nerwice ze stanami depresyjnymi 315 Psychonerwica z objawami somatycznymi w zakresie układu krążenia 316 Psychonerwica z objawami somatycznymi w zakresie układu trawiennego 317 Psychonerwica z objawami somatycznymi w zakresie innych układów 318 Psychonerwice mieszane i BNO
Zaburzenia charakteru, zachowania się i inteligencji (320-326)	320 Osobowość patologiczna 321 Niedojrzałość osobowa 322 Alkoholizm 323 Inne zatrucia nalogowe (narkomanie) 324 Pierwotne zaburzenia zachowania się we wczesnym dzieciństwie 325 Niedorozwój umysłowy 326 Inne i BNO zaburzenia charakteru, zachowania się i inteligencji

Od 1970 r. obowiązywała w Polsce klasyfikacja międzynarodowa ICD-8 [20], od 1980 r. ICD-9 [21], a od 1994 r. ICD-10, czemu towarzyszyły odpowiednie rozporządzenia prawne i podręczniki. Wprowadzenie ICD-10 połączono nie tylko z wydaniem polskiego tłumaczenia pozycji głównej (1994) – co miało również miejsce przy ICD-8 i ICD-9 – lecz również opisów klinicznych i wskazówek diagnostycznych (1997) oraz badawczych kryteriów diagnostycznych (1998) [22-24]. Opublikowano *Tablicę przekształceń między ICD-9 a ICD-10* (1996) [25]. ICD-10, w przeciwieństwie do ICD-9, była klasyfikacją nowoczesną, wszechstronną, bazującą na wzorach systemu DSM. ICD-11 nie będzie klasyfikacją rewolucyjną, a raczej ewolucyjnie nastąpi dostosowanie klasyfikacji do postępów medycyny oraz harmonizacja z DSM-V (2013) [26], która stała się dostępna również po polsku w 2016 r. [27].

Tabela 9. Klasyfikacja Mz-Ps-5 (lata 1955-59)

1.	Niedorozwój psychiczny: debilizm, imbecylizm, idiotyzm
2.	Psychopatia
3.	Paranoja
4.	Padaczka
5.	Zaburzenia psychiczne po urazach
6.	Zaburzenia psychiczne w guzach mózgu
7.	Psychozy wywołane schorzeniem naczyń mózgowych
8.	Psychozy inwolucyjne (klimakteryczne, przedstarcze i starcze)
9.	Psychozy pochodzenia zakaźnego
10.	Porażenie postępujące i inne psychozy kiłowe
11.	Zaburzenia psychiczne pośpiączkowe
12.	Zaburzenia psychiczne w zatruciu alkoholem (psychozy alkoholowe, alkoholizm przewlekły)
13.	Zaburzenia psychiczne w innych zatruciach (przemysłowych, innych)
14.	Psychozy somatogenne
15.	Schizofrenia
16.	Psychoza maniakalno-depresyjna
17.	Nerwice
18.	Psychozy reaktywne
19.	Przypadki inne chorób psychicznych
20.	Inne choroby układu nerwowego (neurologiczne)
21.	Bez objawów chorobowych
22.	Inne choroby
23.	Choroby niedokładnie określone

Źródło: *Biuletyn Statystyczny 1956-59*.

W latach 1955-59, do czasu unifikacji z ICD-7, używano w Polsce dla celów statystycznych „półoficjalnej” klasyfikacji „Mz-Ps-5” (Tab. 9), podobnej do *Diagnosen-Tabelle* z 1933 r. Podział chorób oparto na różnej podstawie. Niedorozwój psychiczny ustawiono na równi z jednostkami nozologicznymi (schizofrenia, cyklofrenia) oraz grupami dzielonymi według etiologii („psychozy inwolucyjne, intoksykacyjne, kiłowe”). W grupach psychoz od 5 do 15 uwzględniono etiologię, a pominięto stronę kliniczno-syndromologiczną. Nie uwzględniono ogólnie używanych rozpoznań (majaczenie, stany pomrocne, splątanie, zespół Korsakowa nie tylko o etiologii alkoholowej). W rozpoznaniu rezygnowano ze składnika etiologicznego (grupy 1-4) bądź fenomenologicznego (grupy 5-13). Grupa 14 (psychozy somatogenne) powinna obejmować grupy od 5 do 13 – zakres psychoz somatogennych obejmował psychozy urazowe, alkoholowe czy zakaźne. Grupa 15 (schizofrenia) nie została rozbita na postacie kliniczne ani nie uwzględniono psychoz schizofrenoidalnych nieswoistego pochodzenia. W grupie 16 (cyklofrenia) nie uwzględniono faz (maniakalnej i depresyjnej) ani psychoz cyklofrenoidalnych nieswoistych. Nerwice (grupa 17) pozostały na marginesie systematyki. „Mz-Ps-5” nie wspominała o zespołach nerwicowych, wklajających organiczne uszkodzenie mózgu bądź choroby somatyczne ani o nerwicy natręctw. Pomijała zespół psychoorganiczny oraz parafrenię. Nie oddawała złożoności struktur psychotycznych. Złożone jednostki można było sklasyfikować dowolnie

(np. postać katatoniczna porażenia postępującego), co stało w sprzeczności z zasadami logiki. Stosowanie „Mz-Ps-5” prowadziło do upraszczania rzeczywistości klinicznej dla celów statycznych [28].

Po drugiej wojnie światowej w polskich publikacjach naukowych pojawiała się kilka propozycji poprawy klasyfikacji zaburzeń psychicznych, które miały wartość poznawczą czy dydaktyczno-kliniczną i nie znalazły odbicia w oficjalnej statystyce medycznej.

W 1946 r. Józef Handelsman (1883-1962) przedstawił klasyfikację, opartą na psychofizjologicznej teorii ewolucji i dyssolucji Jana Mazurkiewicza (1871-1947). Handelsman wydzielił pięć podstawowych grup: trzy grupy dyssolucyjne (psychonerwicowa; schizofreniczna i paranoidalna; deliryjna) oraz grupę dementywną i grupę psychoz maniako-depresyjnych. Regresja polegała na rozszerzaniu się zaburzeń pamięci wstecz od najnowszych warstw ku dawniejszym. Stanowiła proces zanikania warstw chronogennych nieodróżnionych, z zanikiem zdolności engraficznych i ekforycznych wskutek zmian organicznych. W dyssolucji proces chorobowy powodował ubytki w hierarchicznie najwyższej aktywności czołowej, a w sprawach dementywnych w całej korze mózgowej. Dyssolucja była mniej głęboka w stanie schizofrenicznym niż deliryjnym. Stany maniako-depresyjne, najdalsze od regresji, nie doprowadzały do otępień. Handelsman przypisywał malejące znaczenie podziałom etiologicznym, upatrując rozwoju wiedzy w rozbudowie psychopatologii i rozpoznawaniu zespołów. Kierunek nozologiczny – rozpoznawanie jednostek chorobowych – nie spełniał już oczekiwań. Leczenie elektrowstrząsami zmieniło obraz zaburzeń psychicznych, utrudniając ich szeregowanie do jednostek chorobowych. Handelsman twierdził, że schizofrenia czy grupa schizofrenii ma charakter zewnątrzpochodny, co znosiło różnicę między psychozą objawową o obrazie katatonicznym a katatonią schizofreniczną [29].

Podstawę podziału w klasyfikacji Maurycego Bornsztajna z 1948 r. stanowiły zmiany osobowości. Bornsztajn uważał, że w pięciu grupach jego klasyfikacji mieszczą się wszystkie typy kliniczne obserwowane w praktyce, a podział nie sprzeciwiał się doświadczeniu klinicznemu pod względem symptomatologii i rokowania. Widział przewagę swojej klasyfikacji nad innymi w tym, że opierał się na jednolitej podstawie – osobowości i jej zmianach. Wyróżnił osobowość nierozwiniętą intelektualnie i afektywnie; osobowość z anomaliami afektywnymi, osobowość rozszczepioną i osobowość ze poważnymi zmianami,

innymi niż w schizofrenii. Poszczególnym typom osobowości Borsztajn przypisywał jednostki chorobowe. Do piątej klasy zaliczył psychozy padaczkowe [2, s. 352-53] (Tab. 10).

Tabela 10. Klasyfikacja M. Borsztajna (1948)

A. Choroby psychiczne, w których osobowość nie jest rozwinięta pod względem intelektualnym bądź afektywnym	-debilitas (słaby niedorozwój), -imbecilitas (matolectwo), -idiotismus (idiotyzm), -niezdrowie moralne (moral insanity).
B. Choroby psychiczne, w których osobowość jest pełnowartościowa pod względem intelektualnym, ale występują anomalie afektywne	-typy i konstytucje psychopatyczne (chwiejni, pobudliwi, pniacze, kłamcy i oszuści, nieufni), stany psychonewrowe, -psychoza maniakalno-depresyjna, -paranoja chroniczna, -psychozy reaktywne.
C. Choroby psychiczne, w których osobowość ulega zmianie specyficznej tzn. rozszczepieniu	- schizofrenie typy: schizotypiczny, somatopsychiczny, hebefreniczny, katatoniczny, panoidalny z odmianami: parafrenia oraz tzw.obłęd fizyczny.
D. Psychozy padaczkowe.	
E. Choroby psychiczne, w którym osobowość ulega zmianom poważnym, o charakterze odmiennym niż w schizofrenii, przemijającym bądź utrwalonym	- psychozy wskutek zatrucia (mocznica, zatrucie kwasem węglowym, alkoholem, morfiną, kokainą), - psychozy w chorobach zakaźnych (głównie stany majaczeniowe: dur, płonica, zapalenie opon mózgowych), - psychozy związane z zaburzeniami w wydzielaniu wewnętrznym (choroba Gravesa-Basedowa, myxoedema, kretynizm), - psychozy organiczne (kilowe, miażdżycowe, starcze, porażenie postępujące)

Źródło: Borsztajn M., *Wstęp do psychiatrii klinicznej*. Księgarnia Ludowa Łódź, 1948, s. 352-353.

Jednak największym polskim osiągnięciem klasyfikacyjnym w psychiatrii była nowoczesna trójosiowa klasyfikacja nozograficzna Tadeusza Bilikiewicza (1901-1980), której podstawy teoretyczne opublikował w Polsce w 1947 r. [30], a rok później w Szwajcarii i w USA [31]. W czasie XXII Zjazdu Psychiatrów Polskich w Gdańsku (1949) Bilikiewicz wygłosił referat *Krytyka podstaw nosografii psychiatrycznej i próba układu klasyfikacyjnego etioepigenetycznego*, w którym przedstawił tablicę nozograficzną z omówieniem. Publikacja klasyfikacji Bilikiewicza ukazała się w 1951 r. [32], a jej poprawiona wersja w 1969 r. [33]. (Tab. 11). Wersja poprawiona ukazała się również w języku niemieckim w 1970 r. [34].

Tabela 11. Wersje układu nozograficznego etioepigenetycznego T. Bilikiewicza z 1951 i 1969 r.

Układ nozograficzny etioepigenetyczny (1951)	Układ nozograficzny etioepigenetyczny (1969)
<p>(I) warstwa dziedziczno-konstytucjonalna, z wpływami środowiskowymi łącznie; (7 grup; dwie na pograniczu warstwy I i II):</p> <ol style="list-style-type: none"> Schizotypia, 2. Epileptotypia, 3. Cyklotypia, Histerycja (skirtotypia), 5. Inne typy neuro- i psychopatii. <p><u>Na pograniczu warstw I i II:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Różne szkodliwości organiczne i psychiczne, których związek z warstwą I wywodzi się „z pojęcia żywotności i odporności”, 7. Płasawica Huntingtona 	<p>(I) warstwa (okres) dziedziczno-konstytucjonalna (5 grup)</p> <ol style="list-style-type: none"> Ontogeneza prawidłowa Odchylenia (powyżej lub poniżej) prawidłowego intelektu Odchylenia od prawidłowego charakteru (Psychopatie) Odchylenia dziedziczno-wrodzone (Prawdziwa) predyspozycja dziedziczna
<p>(II) warstwa chorób albo zespołów organicznych: (13 grup):</p> <ol style="list-style-type: none"> Oligofrenia 2. Urazy mózgu i stany pourazowe Okres przedstarzy i starość Choroby organiczne mózgu a) guz mózgu b) stwardnienie rozsiane itd. 5. Infekcje ogólne i autointoksykacje. Szkodliwości organiczne i psychogenne (należne również do warstwy I) m.in. przemęczenie, pozbawienie snu, przegrzanie, oziębienie, napięcie emocjonalne, konflikt wewnętrzny, długotrwałe napięcie emocjonalne, tęsknota, nostalgia, nieregularny tryb życia, wybryki seksualne, nieszczęśliwa miłość. Kiła układu nerwowego ośrodkowego Zapalenie mózgu śpiączkowe. Stan po zapaleniu mózgu Płasawica Huntingtona (należna też do warstwy I). Zatrucia. 11. Padaczka. Schizofrenia (schizofrenia prosta, czyli przewlekła) Cyklofrenia (psychoza maniako-depresyjna) 	<p>(II) warstwa (okres): Choroby, procesy i defekty psychoorganiczne: (15 grup):</p> <ol style="list-style-type: none"> Encefalopatie z oligofrenią Stany pourazowe Okres przedstarzy i starość Znaczne uszkodzenie mózgu Uogólnione infekcje ostre i przewlekłe; choroby ogólne Zaburzenia hormonalne (Endokrynopatie) Kiła OUN Stan po zapaleniu mózgu Zatrucia i toksykomanie. Encefalopatia z padaczką Schizofrenia przewlekła (proces) Proces podłoża cyklofrenii Hipotetyczne podłoża endogennej paranoi Hipotetyczne podłoża endogennej parafrenii Czynniki psychogenne
<p>(III) warstwa zespołów epizodycznych: (8 klas):</p> <ol style="list-style-type: none"> Zespół schizofrenoidalny a) hebefreniczny (hebefrenoidalny), b) katatoniczny (katatonoidalny), c) paranooidalny, d) paranoiczny, parafreniczny. Zespół majaczeniowy lub majaczenie (stan oniryczny, onejrofrenia Meduny itp.) Zespół zamroczeniowy lub zamroczenie (somniaambulismus, stany ekstatyczne, upojenie senne) Zespół depresyjny, czyli depresja Zespół maniako-depresyjny, czyli mania Zespół amentywny, czyli amencja Zespół histeryczny Zespoły reaktywne (psychotyczne i nerwicowe), o ile dadzą się odgraniczyć od hysterii <p>A. Psychotyczne B. Psychoneurotyczne</p> <ol style="list-style-type: none"> zespół neurasteniczno-hipochondryczny nerwice lękowe nerwica natręctw (psychastenia) skrupulatyzm nerwice seksualne zespoły udzielone (folie a deux) wszystkie zespoły 	<p>(III) warstwa (okres) - zespoły czynnościowe (22 klasy):</p> <ol style="list-style-type: none"> Zespół hebefreniczny Zespół katatoniczny Zespół paranooidalny Zespół ksobno-paranoiczny Zespół paranoiczny (prześladowczy) Zespół parafreniczny Katalepsja woskowata Katalepsja sztywna Majaczenie Stan pomroczny Zespoły drgawkowe Zespół amentywny Zespół depresyjny endogenny Stan maniako-depresyjny Stany reaktywne Zespół natręctw Zespół neurasteniczno-hipochondryczny Zespół histeryczny Nerwice seksualne lub zбочzenia płciowe psychogenne Nerwice ruchowe Nietrzymanie moczu, Nietrzymanie kału Choroby (reakcje) psychosomatyczne

Źródło: Bilikiewicz T. *Systema nosographicum etioepigeneticum*. „NNIPP” 1951, 2, wkładka. (oryginalna wersja łacińska, podano tłumaczenie na język polski); Bilikiewicz T. *Psychiatria kliniczna, wydanie IV poprawione i uzupełnione*. Warszawa, PZWL, 1969, s. 658 (wersja łacińska); Bilikiewicz T. *Die Etioepigenese in der psychiatrischen Forschung*. Nova Acta Leopoldina. 1970; 193: 54-58 (wersja niemiecka), w tłumaczeniu na język polski.

Wiele pomysłów w klasyfikacji Bilikiewicza można odnaleźć w DSM IV oraz ICD-10 (Tab. 12). Klasyfikacja Bilikiewicza – mimo swoich walorów naukowych i dydaktycznych - nie miała szerszego oddźwięku na arenie międzynarodowej, a w Polsce jej recepcja dotyczyła głównie środowiska gdańskiej szkoły psychiatrycznej [35-37].

Tabela 12. Zestawienie ujęć wieloosiowych w klasyfikowaniu zaburzeń psychicznych: DSM IV, ICD-10 i układ T. Bilikiewicza.

Osie diagnostyczne	DSM IV	ICD-10	Układ nozograficzny T. Bilikiewicza
I	Zaburzenia kliniczne i inne stany mogące skupiać uwagę kliniczną	Rozpoznanie kliniczne	Predyspozycje konstytucjonalne (genetyczne) oraz wynikające z nich i indywidualnej ontogenezy odchylenia charakterologiczne i intelektualne
II	Zaburzenia osobowości i upośledzenie umysłowe	Niepelnosprawności	Choroby ze swoją własną specyficzną etiologią (prawdopodobnie biologiczną, zwykle nieznaną)
III	Stany ogólnomedyczne	Czynniki kontekstowe	Zespoły objawów klinicznych, wyzwolone przez jeden z czynników psychospołecznych lub biologicznych
IV	Problemy psychospołeczne i środowiskowe	—	—
V	Poziom funkcjonowania życiowego	—	—

Zródło: Grabski B. *Współwystępowanie zaburzeń psychicznych z chorobą afektywną dwubiegunową. Praca doktorska.* Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków 2005, s. 18.

Zakończenie

Rozwój nowoczesnej klasyfikacji w psychiatrii przebiegał dwutorowo. Z jednej strony klasyfikacje jednowymiarowe stopniowo były wypierane przez podziały wielowymiarowe, a z drugiej klasyfikacje narodowe traciły na znaczeniu, ustępując miejsca perspektywie międzynarodowej. Do czasu wprowadzenia klasyfikacji międzynarodowych poszczególne państwa tworzyły odrębne klasyfikacje, zgodne z ich własną tradycją psychiatryczną. Na przełomie lat 40. i 50. XX w. pojawiły się propozycje klasyfikacji wieloosiowych, prowadzono prace nad unifikacją klasyfikacji zaburzeń psychicznych. W latach 60. i 70. XX w. zintensyfikowano działania poprawiające jakość klasyfikacji psychiatrycznych, głównie przez wprowadzenie jasnych kryteriów diagnostycznych oraz wieloosiowości. ICD-10 (1992) stała się pierwszą ogólnoświatową oficjalną klasyfikacją wieloosiową w psychiatrii. W Polsce w latach 40. XX w. swoje własne pomysły klasyfikacyjne zaproponowali m.in. Józef Handelsman, Maurycy Bornsztajn oraz Tadeusz Bilikiewicz, który w 1951 r. opublikował jedną z pierwszych na świecie klasyfikacji wieloosiowych w psychiatrii. O nowoczesnych klasyfikacjach w psychiatrii Andrzej Kiejna napisał, że ich powstanie i rozwijanie wiązało się z kontrowersjami, dotyczącymi podstawowych problemów

zaburzeń psychicznych. W klasyfikacjach dąży się do teoretyczności, gubiąc często znaczenia nadawane przez różne ujęcia i historię [38].

Piśmiennictwo:

1. Biegański W. *Logika Medycyny, czyli krytyka poznania lekarskiego*. Wydanie drugie, na nowo opracowane, z zapomogi kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowym im. Dra Med. Józefa Mianowskiego. Warszawa, 1908, s. 85-98.
2. Bornsztajn M. *Wstęp do psychiatrii klinicznej*. Łódź: Księgarnia Ludowa; 1948.
3. Falkowski A. *Kierunek nosologiczny i symptomatologiczny w psychiatrii*. Zdr Psych. 1948; 7-8: 24.
4. Korzeniowski L. *Klasyfikacja chorób psychicznych* W: Korzeniowski L, Pużyński S. red. *Encyklopedyczny słownik psychiatrii*. Wydanie III poprawione i rozszerzone. Warszawa: PZWL; 1983, s. 224-225.
5. Jaroszyński J. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych*. w: Pużyński S. red. *Leksykon psychiatrii*. Warszawa; PZWL, 1993, s. 189.
6. Stengel E. *Classification of Mental Disorders*. Bulletin of the World Health Organization 1959; 21: 601-663.
7. <http://www.who.int/classifications/icd/en/HistoryOfICD.pdf> (dostęp: 29.03.2016)
8. <http://www.psychiatry.org/practice/dsm/dsm-history-of-the-manual> (dostęp: 29.03.2016)
9. Essen-Möller E, Wohlfahrt S. *Suggestions for the amendments of the official Swedish classification of mental disorders*. Acta Psychiatr Neurol 1947, 47(suppl.): 551-55. w: Stengel E. *Classification of Mental Disorders*. Bulletin of the World Health Organization. 1959; 21: 649.
10. Schneider K. *Systematic psychiatry*. Am J Psychiatr 1950, 107: 334-35 w: Stengel E., *Classification of Mental Disorders*. Bulletin of the World Health Organization. 1959; 21: 647.
11. *Diagnostic and statistical manual for mental disorders*. American Psychiatric Association, Washington, 1952. w: Stengel E. *Classification of Mental Disorders*. Bulletin of the World Health Organization. 1959; 21: 628-630.
12. Ey H. *Etudes psychiatriques*. 1954, s. 22. w: Stengel E. *Classification of Mental Disorders*. Bulletin of the World Health Organization. 1959; 21: 637.
13. World Health Organization (1957). *Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death*, 1955 revision, Geneva, p. 115. w: Stengel E. *Classification of Mental Disorders*. Bulletin of the World Health Organization. 1959; 21: 622-628.

14. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne.* Kraków – Warszawa, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, 1997, s. 7-8.
15. Wojtas A, Nowicka-Sauer K. *Uwagi na temat klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń snu w Międzynarodowej Klasyfikacji Statystycznej Chorób i Problemów Zdrowotnych.* Sen. 2009; 1-2: 37-43.
16. Jansenn F, Kunst A. *ICD coding and discontinuities in trends in cause-specific mortality in six European countries, 1950-99.* Bulletin of The World Health Organization. 2004, 82, 12: 907; *Classification of Diseases, Functioning, and Disability* <http://www.cdc.gov/nchs/icd/icd9.htm> (dostęp: 30.03.2016)
17. *Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 12 maja 1932 r. o wprowadzeniu jednolitego mianownictwa chorób i przyczyn zgonów.* Dz. U; 1932; 48, poz. 452.
18. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 grudnia 1950 r. w sprawie mianownictwa chorób i przyczyn zgonów.* Monitor Polski 1950; Nr A-3, poz. 41.
19. *Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 listopada 1958 r. w sprawie mianownictwa chorób, urazów i przyczyn zgonów.* Monitor Polski 1950; 92, poz. 507.
20. *Rozporządzenie MZiOS z dnia 8 grudnia 1969 r. w sprawie oznaczania numerami statystycznymi chorób, urazów i przyczyn zgonów.* Monitor Polski, 1969, 52, poz. 413. *Międzynarodowa klasyfikacja chorób, urazów i przyczyn zgonów.* Warszawa: PZWL, 1968.
21. *Rozporządzenie MZiOS z dnia 21 stycznia 1980 r. w sprawie oznaczania numerami statystycznymi chorób, urazów i przyczyn zgonów.* Monitor Polski, 1980, 6, poz. 29. *Międzynarodowa klasyfikacja chorób, urazów i przyczyn zgonów.* Warszawa: PZWL, 1979.
22. *Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych. Rewizja dziesiąta.* Kraków, Uniwersyteckie Wyd. Medyczne „Vesalius”, 1994.
23. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne.* Kraków – Warszawa, Uniwersyteckie Wyd. Medyczne „Vesalius”; Instytut Psychiatrii i Neurologii, 1997.
24. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne.* Kraków – Warszawa, Uniwersyteckie Wyd. Medyczne „Vesalius”; Instytut Psychiatrii i Neurologii, 1998.
25. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Tablica przekształceń między ICD-9 a ICD-10.* Post Psychiatr Neurol. 1996; 5: 345-365.
26. Heitzman J, Łoza B, Kosmowski W. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych – koncepcyjne założenia ICD-11.* Psychiatr Pol 2011; 6: 941-950.
27. Morrison J. *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczne wskazówki dla klinicystów.* Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2016.
28. Sulestrowski W, Wdowiak L. *W sprawie systematyki psychiatrycznej.* Neurol Psychiatr Pol. 1958, 2: 259-268.

29. Handelsman J. *W sprawie klasyfikacji psychiatrycznej*. Pol Tyg Lek. 1946; 30: 935-939.
30. Bilikiewicz T. *Etioepigenetyzm, czyli teoria hierarchicznej epigenezy nawarstwień etiologicznych w psychiatrii*. Przegl Lek. 1947; 19: 625-628.
31. Bilikiewicz T. *Etio-epigenetism or hierarchical epigenesis of etiological layers in psychiatry*. Mon Rev Psychiatr Neurol. 1948; 115, 1-2: 91-102.
32. Bilikiewicz T. *Próba nozograficznego układu etioepigenetycznego w psychiatrii*. [Cz. 1] Neurol Psychiatr Pol 1951; 1, 1: 68-78; 2: 135-149; 3: 212-233; 4: 271-291.
33. Bilikiewicz T. *Psychiatria kliniczna Wyd. 4 popr. uzup.* Warszawa, PZWL, 1969.
34. Bilikiewicz T. *Die Etioepigenese in der psychiatrischen Forschung*. Nova Acta Leopoldina 1970, 193: 1-93.
35. Kujawski R. *Układ nozograficzny etioepigenetyczny Tadeusza Bilikiewicza w kontekście polskiej i światowej myśli psychiatrycznej oraz na tle sytuacji społeczno-politycznej w Polsce po drugiej wojnie światowej, Praca doktorska*. Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, 2014.
36. Kujawski R. *Tadeusz Bilikiewicz (1901-1980) lekarz, historyk i filozof medycyny. Cz. 1. Seria: Ludzie Akademii Medycznej w Gdańsku. Prace Zakładu Historii i Filozofii Nauk Medycznych. Seria Biograficzna. T. 13*. Gdański Uniwersytet Medyczny, 2013.
37. Kujawski R. *Tadeusz Bilikiewicz (1901-1980) lekarz, historyk i filozof medycyny. Cz. 2. Seria: Ludzie Akademii Medycznej w Gdańsku. Prace Zakładu Historii i Filozofii Nauk Medycznych. Seria Biograficzna. T. 16*. Gdański Uniwersytet Medyczny, 2015.
38. Kiejna A, *Klasyfikacje w psychiatrii*. w: Jarema M, Rabe-Jabłońska J. red. *Psychiatria*. Warszawa, PZWL, 2011, s. 11.