

ICD-11 vs. ICD-10 – przegląd aktualizacji i nowości wprowadzonych w najnowszej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób WHO

ICD-11 vs. ICD-10 – a review of updates and novelties introduced in the latest version of the WHO International Classification of Diseases

Piotr Krawczyk, Łukasz Świącicki

II Klinika Psychiatryczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Summary

In June 2018, WHO published the 11th edition of the International Classification of Diseases (ICD). The new edition introduced numerous changes. One of the most important was to rebuild the coding system and adapt ICD to digital use. A reconstruction of the coding system enabled more comprehensive alphanumeric coding of complex clinical situations by the introduction of cluster coding. The chapter on mental disorders has also changed. ICD-11 has been updated to take into account the results of international expert cooperation and new information on mental disorders. Many of the secondary clinical categories have been moved higher in the hierarchy that created new subchapters. Many categories have been moved to other subchapters. Taking into account the modern epidemiology and knowledge about the etiology of mental disorders, some categories have been removed from ICD. Moreover, several nonexistent categories have been added. The article summarizes and discusses the most important changes in ICD with the introduction of ICD-11, both in the coding system and in individual subchapters covering mental health issues.

Słowa kluczowe: ICD-11, klasyfikacja, wytyczne diagnostyczne

Key words: ICD-11, classification, diagnostic guidelines

Wstęp

W dniu 18 czerwca 2018 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) poinformowała na swoich stronach internetowych i za pośrednictwem mediów społecznościowych o wejściu w życie nowej (jedenastej) wersji Międzynarodowej Statystycznej

Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD-11*) [1].

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) jest powszechnie używana na całym świecie. W wypadku psychiatrii i psychologii chodzi jednak nie tylko o porządkujący wymiar ICD, ale także o wymiar diagnostyczny. ICD jest zbiorem kryteriów umożliwiającymi ustalanie diagnoz w obszarze zdrowia psychicznego. Niniejsze opracowanie oparto na dostępnej w języku angielskim oficjalnej wersji ICD-11.

Ogólna budowa ICD-11

ICD-11 zostało stworzone, by uporządkować ogromny zbiór chorób i zaburzeń. Poszczególne rozdziały zawierają zarówno uszeregowany spis chorób, jak i wykaz zaburzeń zdrowotnych, zespołów zaburzeń, objawów przedmiotowych i podmiotowych, rozmaitych klinicznie istotnych znalezisk, obrażeń, zewnętrznych przyczyn chorób i zgonów, czynników wpływających na stan zdrowia i przyczyn zgłoszenia się po pomoc medyczną. Wybór konkretnych kategorii medycznych w ICD (w tym ICD-11) był podyktowany nie tylko przesłankami nozologicznymi – ICD-11 uwzględnia bowiem aktualną wiedzę na temat znanych ludzkości schorzeń i dolegliwości, ale też perspektywę specjalistów zdrowia publicznego i epidemiologii, statystyki, badaczy czy wreszcie instytucji finansujących publiczne systemy ochrony zdrowia [2].

W ICD-11 wszystkie pojedyncze kody ujęto w 26 rozdziałów głównych i dwa rozdziały dodatkowe (V i X), które w większości dotyczą schorzeń poszczególnych układów i narządów, a końcowe rozdziały odnoszą się także do szczególnych okresów i wydarzeń w życiu człowieka (charakteryzujących się odrębnościami zdrowotnymi, jak np. ciąża), do zewnętrznych przyczyn chorób i zgonów, urazów, zatruc, objawów przedmiotowych i podmiotowych, sytuacji specjalnych (np. międzynarodowych kodów alarmowych) oraz medycyny tradycyjnej (sic!).

Zasady kodowania w ICD-11

W ICD-11 zastosowano system kodowania, dzięki któremu można zakodować charakterystyczne cechy stanu klinicznego pacjenta z uwzględnieniem wielu szczegółów.

Pojęcia podstawowe¹

Rozbudowany system kodowania stworzony jest w oparciu o kilka podstawowych pojęć:

¹ Wszelkie pojęcia i ich definicje charakterystyczne dla ICD-11 zaczerpnięto z *ICD Reference Guide* – przewodnika będącego załącznikiem do internetowej przeglądarki ICD-11. Przewodnik dostępny jest na stronie przeglądarki ICD-11 <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>, w zakładce „info” w górnym menu poziomym.

Pojęcie	Definicja	Przykład	Uwagi
Kod główny (stem code)	Podstawowy dla danego schorzenia kod	6A70.0 Pojedynczy epizod depresyjny, łagodny	-
Kod rozszerzający (extension code)	Kod opisujący dodatkową informację	7A00&XS5W Bezsensowność przewlekła & łagodna, gdzie „XS5W łagodna” jest kodem rozszerzającym	Nigdy nie może być stosowany samodzielnie – zawsze z kodem głównym
Koordinacja wstępna (precoordination)		6C43.70 Zaburzenie nastroju wywołane używaniem opioidów, a nie 6A8Z/6C43.Z Zaburzenie nastroju, nieokreślone/Zaburzenie spowodowane używaniem opioidów, nieokreślone	Kody takie istnieją jedynie dla niektórych schorzeń
Koordinacja następcza (postcoordination)	Przypisanie pojedynczej sytuacji klinicznej wszystkich pożądanym kodów	6A20.00/6A25.0 Obecnie objawowy pierwszy epizod schizofrenii/Pozytywne objawy wytwórcze w pierwotnych zaburzeniach psychotycznych => „schizofrenia z pozytywnymi objawami wytwórczymi”	-
Kodowanie zgrupowane (cluster coding)	Konwencja łączenia ze sobą poszczególnych kodów za pomocą symboli graficznych	-	Znak „/” rozdziela kody główne, a znak „&” kody główne od rozszerzających

Kody w ICD-11 mają charakter alfanumeryczny i obejmują zakres od 1A00.00 do ZZ9Z.ZZ. Kody rozpoczynające się od litery „X” oznaczają kody rozszerzające (patrz: *Zasady kodowania w ICD-11*). System kodowania w ICD-11 pozwala na uwydatnienie chronologii zdarzeń klinicznych, w tym powikłań i działań niepożądanych.

Klasyfikacja zaburzeń psychicznych w ICD-11 – zagadnienia ogólne

Obecnie zagadnienia związane ze zdrowiem psychicznym znajdują się w rozdziale 6: „Zaburzenia psychiczne, zachowania i neurorozwojowe” (*Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders*). W ICD-10 był to rozdział V. Proces kompilowania tego ważnego rozdziału przebiegał w dużej części równoległe z powstaniem i wydaniem piątej wersji *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, który to system jest dominującą klasyfikacją w USA. Stąd grupa ekspertów, która pracowała nad powstaniem rozdziału 6. w ICD-11, starała się współpracować z Amerykańskim Towarzystwem Psychiatrycznym, by stworzyć klasyfikację zaburzeń psychicznych kompatybilną z DSM-5 [3].

Rozdział dotyczący zaburzeń psychicznych zawiera 23 podrozdziały. W porównaniu z odpowiadającym mu fragmentem klasyfikacji ICD-10 w ICD-11 pojawiły się

nowe grupy zaburzeń, a część podstawowych kategorii, które znajdowały się niżej w hierarchii, uzyskała rangę podrozdziału (np. katatonია – 6A40).

Stosowany w ICD-10 dziesiętny system kodowania pozwala na zamieszczenie w jednym rozdziale nie więcej niż jedenastu (od zera do 10) grup zaburzeń. System ten uniemożliwia tworzenie grup i podgrup, których charakter lepiej odpowiadałby rzeczywistości klinicznej [4] – w ramach przykładu wystarczy zestawić ze sobą grupę „Zaburzeń nastroju” i sąsiadującą z nią w ICD-10 grupę „Zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną”. Pierwsza wydaje się mieć spójny i jednorodny charakter, odzwierciedlający obecny stan wiedzy na temat zaburzeń nastroju. Grupa druga jest zbiorem różnorodnych pod względem obrazu klinicznego zaburzeń, prawdopodobnie znacznie różniących się też etiologią.

Zmiany w poszczególnych kategoriach dotyczących zaburzeń psychicznych

Zaburzenia neurorozwojowe (Neurodevelopmental disorders – 6A00–6A0Z)

(W ICD-10 brak tożsamego podrozdziału)

Pierwszy podrozdział jest zbiorem grup kategorii diagnostycznych, których odpowiedniki można znaleźć w ICD-10 w rozdziałach od F70 („Upośledzenie umysłowe”) do F98 („Inne zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym”). W ICD-11 uporządkowano hierarchię kategorii oraz unowocześniono definicję większości zaburzeń. W podrozdziale „Zaburzenia neurorozwojowe” znajduje się siedem grup zaburzeń: „zaburzenia rozwoju intelektualnego” (*Disorders of intellectual development – 6A00*), „rozwojowe zaburzenia mowy lub języka” (*Developmental speech or language disorders – 6A01*), „zaburzenia ze spektrum autyzmu” (*Autism spectrum disorders – 6A02*), „rozwojowe zaburzenia uczenia się” (*Developmental learning disorders – 6A03*), „rozwojowe zaburzenia koordynacji ruchowej” (*Developmental motor coordination disorder – 6A04*), „zaburzenia z deficytem uwagi i nadaktywnością” (*Attention deficit hiperactivity disorder – 6A05*) i „stereotypie ruchowe” (*Stereotyped movement disorder – 6A06*).

Spośród dokonanych zmian warte uwagi jest zunifikowane podejście do „całościowych zaburzeń rozwoju” (F84 w ICD-10), które w ICD-11 są ujęte w jedną homogenną grupę „zaburzeń ze spektrum autyzmu”. Tym samym niemożliwe jest rozpoznanie zespołu Aspergera lub zespołu Retta *ad literam*.

Schizofrenia lub inne pierwotne zaburzenia psychotyczne (Schizophrenia or other primary psychotic disorders – 6A20–6A2Z)

(ICD-10 – Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe F20–F29)

Grupa „Schizofrenii, zaburzeń schizotypowych i urojeniowych” z ICD-10 została opatrzona nową nazwą. Struktura tego podrozdziału na pierwszy rzut oka nie uległa bardzo istotnym zmianom. Pojawiły się one głębiej w hierarchii. Omawiany tutaj podrozdział zawiera osiem podgrup. Zamieszczono w nim następujące kategorie

diagnostyczne: „schizofrenia” (*Schizophrenia* – 6A20), „zaburzenie schizoafektywne” (*Schizoaffective disorder* – 6A21), „zaburzenia schizotypowe” (*Schizotypal disorder* – 6A22), „ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne” (*Acute and transient psychotic disorder* – 6A23) oraz „zaburzenia urojeniowe” (*Delusional disorder* – 6A24), które zastąpiły pochodzące z ICD-10 „uporczywe zaburzenia urojeniowe”. Z ICD-11 usunięto „indukowane zaburzenia urojeniowe”.

Największe zmiany, jakie nastąpiły w ICD-11, dotyczą schizofrenii oraz samego sposobu kodowania. Całkowicie zrezygnowano z podziału schizofrenii na podtypy (paranoidalna/hebefreniczna/katatoniczna itd.), zastępując je jedną tylko kategorią diagnostyczną – „schizofrenia”. WHO podjęło tę decyzję ze względu na brak istotnych dowodów na to, że podział na podtypy wpływa na postępowanie terapeutyczne lub na prognozę [5–7]. Zmienił się natomiast szczegółowy sposób kodowania – za pomocą predefiniowanych kategorii diagnostycznych należy teraz określić epizodyczność choroby (epizod pierwszy/wielokrotne epizody/przebieg stały) oraz nasilenie aktualnych objawów (obecnie objawowy/w częściowej remisji/w pełnej remisji). Korzystając ze specyfikatorów, można określić rodzaj dominujących objawów (pozytywne/negatywne/depresyjne/maniakalne/psychoruchowe/poznawcze), a także nasilenie każdego z nich (łagodne/umiarkowane/ciężkie).

Dokładnie ten sam typ zmian dotyczy zaburzenia schizoafektywnego – zrezygnowano z określania podtypu zaburzenia (maniakalny/depresyjny/mieszany), a umożliwiono określenie rodzaju dominujących objawów (maniakalne/depresyjne). W ten sam sposób kodować można inne zaburzenia z tego podrozdziału (wyjątkiem są zaburzenia schizotypowe, które z definicji nie mają przebiegu epizodycznego).

Katatonii (*Catatonia* – 6A40–6A4Z)

(W ICD-10 brak tożsamego podrozdziału)

Jest to nowy podrozdział w grupie zaburzeń psychicznych. W ICD-10 zaburzenia ruchowe, znane jako katatonii, są klasyfikowane albo wyłącznie w kontekście zaburzeń organicznych („Organiczne zaburzenie katatoniczne” – F06.1), albo w kontekście schizofrenii jako dominujący objaw jednego z typów tego zaburzenia („Schizofrenia katatoniczna” – F20.2). W ICD-11 katatonii może być klasyfikowana jako związana z każdym innym zaburzeniem psychicznym. Katatonii może zostać także opisana jako zjawisko wywołane substancją psychoaktywną. Pewną nowością jest bardzo szerokie spojrzenie na etiologię katatonii. WHO, tworząc kategorię „wtórny zespół katatoniczny” (6E69), który nie jest częścią rozdziału „Katatonii”, dopuszcza jako przyczynę zaburzeń ruchowych o typie katatonii różne zaburzenia somatyczne (np. choroby układu krążenia, nowotwory, choroby pasożytnicze, choroby skóry).

*Zaburzenia nastroju (Mood disorders – 6A60–6A8Z)**(ICD-10 – Zaburzenia nastroju [afektywne] F30–F39)*

Zmieniła się nazwa podrozdziału – usunięto nazwę alternatywną dla zaburzeń nastroju, czyli „zaburzenia afektywne”. Podobnie skrócono nazwę zaburzenia afektywnego dwubiegunowego – w ICD-11 jest ono zapisane jako „zaburzenie dwubiegunowe” (*Bipolar disorder*).

Część ta zawiera pięć podkategorii. Dwie główne to „zaburzenia dwubiegunowe i inne z nimi związane” (*Bipolar or related disorders*) oraz „zaburzenia depresyjne” (*Depressive disorders*). Trzy pomniejszych kategorie to specyfikatory dla poszczególnych kategorii klinicznych oraz inne określone i nieokreślone zaburzenia nastroju. Usunięto przede wszystkim kategorię pojedynczego epizodu maniakalnego/hipomaniakalnego (F30 w ICD-10). Tym samym epizod maniakalny/hipomaniakalny może być rozpoznawany wyłącznie w przebiegu zaburzenia dwubiegunowego, a wystąpienie takiego epizodu jest równoznaczne z występowaniem zaburzenia dwubiegunowego. Zmienia to zasadniczo kryteria rozpoznania samego zaburzenia dwubiegunowego – zgodnie z ICD-11, aby rozpoznać to zaburzenie, wystarczy potwierdzić obecność jednego epizodu maniakalnego/mieszanego. Tym samym kryteria rozpoznania zaburzenia dwubiegunowego zawarte w ICD-11 i DSM-5 upodobniły się. Uspólnione zostały także koncepcje dotyczące zaburzenia dwubiegunowego typu II (dotychczas nieobecnego w ICD). Zostało ono wprowadzone do ICD-11 jako odrębna podkategoria.

W trzecim podrozdziale, dotyczącym zaburzeń nastroju, zamieszczono specyfikatory, które podkreślają znaczenie takich zjawisk jak *rapid cycling*, melancholia lub sezonowość wahań nastroju. Jedną ze znaczących zmian, które wprowadzono do tego podrozdziału, było usytuowanie w podgrupie zaburzeń depresyjnych kategorii „mieszanego zaburzenia depresyjnego i lękowego” (*Mixed depressive and anxiety disorder – 6A73*). Jest to kategoria kojarzona z grupą „Zaburzenia nerwicowe...” w ICD-10 (ICD-10 – F40–F48).

Pewne niejasności budzi rozpoznawanie epizodu maniakalnego (i tym samym zaburzenia dwubiegunowego) w odpowiedzi na leczenie przeciwdepresyjne. Wytyczne dotyczące korzystania z ICD-11 wydane przez Global Clinical Practice Network zawierają informację, zgodnie z którą objawy maniakalne występujące podczas leczenia przeciwdepresyjnego i przekraczające swym nasileniem spodziewany efekt rozpoczętego leczenia należy zaklasyfikować jako epizod maniakalny [8]. Byłoby to także zgodne z DSM-5. Przy czym oficjalnie opublikowana ICD-11 nie zawiera tej informacji.

*Zaburzenia lękowe lub związane z lękiem (Anxiety or fear-related disorders – 6B00–6B0Z)**(ICD-10 – Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną F40–F48)*

Podrozdział ten jest jednym z kilku, które powstały po dokonaniu podziału dużej i niejednorodnej grupy kategorii nozologicznych opisywanych wspólnie jako „Zabu-

zenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną”. Zawiera siedem konkretnych podgrup zaburzeń: „zaburzenie lękowe uogólnione” (*Generalised anxiety disorder* – 6B00), „zaburzenie paniczne” (*Panic disorder* – 6B01), „agorafobia” (*Agoraphobia* – 6B02), „fobia swoista” (*Specific phobia* – 6B03), „zaburzenie związane z lękiem społecznym” (*Social anxiety disorder* – 6B04), „zaburzenie związane z lękiem separacyjnym” (*Separation anxiety disorder* – 6B05), „mutyzm wybiórczy” (*Selective mutism* – 6B06).

Istotną modyfikacją jest uniezależnienie od siebie agorafobii i zaburzenia panicznego, a zamieszczenie w omawianej grupie dwóch kategorii diagnostycznych kojarzonych dotychczas wyłącznie z psychiatrią dzieci i młodzieży, takich jak „zaburzenie związane z lękiem separacyjnym” oraz „mutyzm wybiórczy”, skutkuje pojawieniem się możliwości rozpoznawania tych zaburzeń także u osób dorosłych.

Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne oraz zaburzenia z nimi związane
(*Obsessive-compulsive or related disorders* – 6B20–6B2Z)

(W ICD-10 odpowiadające pojedynczej kategorii: Zaburzenia
obsesyjno-kompulsyjne F42)

Jest to nowy w ICD podrozdział, w którym zamieszczono nie tylko „zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne” (*Obsessive-compulsive disorder* – 6B20, OCD), będące dotychczas jedną z ważnych części podrozdziału „Zaburzenia nerwicowe...” (F40–F48) w ICD-10, ale także kilka innych – przy czym niektóre z nich nie występowały dotychczas samodzielnie w ICD: „cielesne zaburzenie dysmorficzne” (*Body dysmorphic disorder* – 6B21), „węchowe zaburzenie odnoszące” (*Olfactory reference disorder* – 6B22), „hipochondria” (*Hypochondriasis* – 6B23), „zaburzenie związane ze zbieractwem/zbieractwo” (*Hoarding disorder* – 6B24), „zaburzenie związane z powtarzaniem zachowaniami skoncentrowanymi na ciele” (*Body-focused repetitive behaviour disorders* – 6B25).

„Cielesne zaburzenie dysmorficzne” lub „dysmorfofobia” (nieurojeniowa) były klasyfikowane w ICD-10 jako zaburzenia hipochondryczne (ICD-10 – F45.2) należące do grupy zaburzeń somatoformicznych (w odróżnieniu od dysmorfofobii urojeniowej, którą klasyfikowano jako inne uporczywe zaburzenie urojeniowe [ICD-10 – F22.8]). W ICD-11 zaburzenie to znalazło się w jednej grupie z OCD. Podkreślono w ten sposób brak pierwotnie psychotycznej etiologii zaburzenia i inną niż w wypadku zaburzeń odżywiania genezę. „Węchowe zaburzenie odnoszące”, nieobecne dotychczas w ICD jako osobna kategoria i kojarzone z uporczywymi zaburzeniami urojeniowymi, także zostało ujęte jako należące do grupy zaburzeń powiązanych z OCD. Przez to i tym razem ICD-11 zbliża się nieco do DSM-5. W klasyfikacji DSM-5 nie ma kategorii diagnostycznej bezpośrednio odpowiadającej „węchowemu zaburzeniu odnoszącemu”, ale za tożsame można uznać *taijin kyōfushō*, czyli zaburzenie lękowe związane z interakcjami międzyludzkimi, charakterystyczne dla Japończyków. Dokładnie mowa tu o jego podtypie: *jikoshu-kyofu* (lęk przed wydzielaniem nieprzyjemnego zapachu). Zaburzenia te zostały opisane w DSM-5 w podrozdziale dotyczącym zaburzeń związa-

nych z OCD. „Zaburzenie związane ze zbieractwem/zbieractwo” nie było dotychczas opisywane w ICD. W DSM-5 zostało zaklasyfikowane do jednej grupy z OCD. Do grupy „zaburzeń związanych z powtarzaniem zachowaniami skoncentrowanymi na ciele” włączono – zamieszczaną dotychczas w grupie zaburzeń kontroli impulsów (ICD-10 – F63.3) – trichotillomanię oraz wywołane zapalenie skóry/przeczyny psychogenne (*Excoriation disorder*). To ostatnie było opisywane w ICD-10, ale w rozdziale obejmującym choroby skóry (L98.1).

Zaburzenia swoiście związane ze stresem (Disorders specifically associated with stress – 6B40–6B4Z)

(W ICD-10 odpowiadające pojedynczym kategoriom z rozdziału F40–F48)

Podrozdział ten jest w dużej części kolejnym wydzielonym fragmentem podrozdziału „Zaburzenia nerwicowe...” (F40–F48) obecnego w ICD-10. W jego skład włączono 6 autonomicznych kategorii: „zaburzenie stresowe pourazowe” (*Post-traumatic stress disorder* – 6B40), „złożone zaburzenie stresowe pourazowe” (*Complex post-traumatic stress disorder* – 6B41), „zaburzenie związane z przedłużającą się żalobą” (*Prolonged grief disorder* – 6B42), „zaburzenie adaptacyjne” (*Adjustment disorder* – 6B43), „reaktywne zaburzenie więzi” (*Reactive attachment disorder* – 6B44), „zaburzenie polegające na nadmiernej łatwości nawiązywania stosunków społecznych” (*Disinhibited social engagement disorder* – 6B45). Warto zwrócić uwagę, że z podrozdziału wyeliminowano kategorię „ostrej reakcji na stres” (*Acute stress reaction* – QE84), która w ICD-11 została zamieszczona w podgrupie „Problemy związane ze szkodliwymi lub traumatycznymi wydarzeniami”, w grupie „Czynniki wpływające na stan zdrowia”, w rozdziale 24: „Czynniki wpływające na stan zdrowia lub powodujące kontakt z pracownikami ochrony zdrowia”.

W omawianym podrozdziale obok „zaburzenia stresowego pourazowego” (PTSD) pojawiło się „złożone zaburzenie stresowe pourazowe”, niewystępujące dotychczas w ICD-10 ani w DSM-5, które w kryteriach – poza osiowymi objawami PTSD – zawiera ciężkie i uporczywie utrzymujące się objawy związane z regulacją afektu, a także nasilone objawy depresyjne (związane jednak wyłącznie z traumatycznym wydarzeniem) i poważne problemy z utrzymaniem bliskich relacji. Również zagadnieniu przedłużającej się żaloby poświęcono w ICD-11 więcej uwagi. W ICD-10 reakcja żaloby należała do kategorii zaburzeń adaptacyjnych – w ICD-11 występuje jako odrębna kategoria diagnostyczna. Tym samym wypełniono lukę między epizodem depresyjnym a żalobą, której istnienie sygnalizowano w DSM-5.

Omawiany podrozdział zawiera także dwie kategorie diagnostyczne: „reaktywne zaburzenie więzi” (6B44) i „zaburzenie polegające na nadmiernej łatwości nawiązywania stosunków społecznych” (6B45), które dotychczas (w ICD-10) były klasyfikowane w podrozdziale „Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym” (F90–F98).

Zaburzenia dysocjacyjne (*Dissociative disorders* – 6B60–6B6Z)

(W ICD-10 odpowiadające pojedynczej podgrupie: Zaburzenia dysocjacyjne [konwersyjne] F44)

Podrozdział ten także był częścią rozdziału „Zaburzenia nerwicowe...” (F40–F48) w ICD-10, znacznie go jednak przebudowano. Ze zbioru usunięto „fugę dysocjacyjną” i „osłupienie dysocjacyjne”, a „dysocjacyjne zaburzenie ruchu”, „drgawki dysocjacyjne” i „znieczulenie dysocjacyjne z utratą czucia” weszły w skład obszernej, nowej grupy „zaburzeń związanych z dysocjacyjnymi objawami neurologicznymi” (*Dissociative neurological symptom disorder* – 6B60), która jest rozległym zbiorem objawów neurologicznych o psychogennym podłożu. Ponadto do zaburzeń dysocjacyjnych dodano „dysocjacyjne zaburzenie tożsamości” (*Dissociative identity disorder* – 6B64), „częściowe dysocjacyjne zaburzenie tożsamości” (*Partial dissociative identity disorder* – 6B65) oraz „zaburzenie depersonalizacja-derealizacja” (*Depersonalization-derealization disorder* – 6B66).

Zaburzenia jedzenia lub odżywiania się (*Feeding or eating disorders* – 6B80–6B8Z)

(W ICD-10 odpowiadające podrozdziałowi: Zaburzenia odżywiania F50)

W podrozdziale znalazło się 6 podgrup określonych zaburzeń. Najbardziej rozbudowaną kategorią jest „jadłowstręt psychiczny” (*Anorexia nervosa* – 6B80). W ICD-11 można teraz opisać za pomocą pojedynczego kodu zarówno nasilenie objawów, jak i charakter objawów dominujących. Drugą ważną kategorią, którą umieszczono w podgrupie zaburzeń jedzenia i odżywiania się, jest „żarłoczność psychiczna” (*Bulimia nervosa* – 6B81). Do ICD-11 trafiło też kilka nowych kategorii, przy czym wszystkie uwzględniono już w klasyfikacji DSM-5: „zaburzenie z napadami objadania się” (*Binge eating disorder* – 6B82), „zaburzenie polegające na ograniczaniu/unikaniu przyjmowania pokarmów” (*Avoidant-restrictive food intake disorder* – 6B83), *pica* (*Pica* – 6B84), „zaburzenie z ruminacją – regurgitacją” (*Rumination – regurgitation disorder* – 6B85).

Zaburzenia wydalania (*Elimination disorders* – 6C00–6C0Z)

(W ICD-10 odpowiadające pojedynczym kategoriom)

Kategorie opisywane w tym nowo powstałym podrozdziale były klasyfikowane w ICD-10 w rozdziale „Inne zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym”, a w ICD-11 tworzą osobną podgrupę, wyodrębnioną poza zaburzeniami jednoznacznie kojarzonymi z okresem dziecięcym. Zmiana pozycji w hierarchii zaburzeń przenosi uwagę z kryterium czasowego (pierwszy epizod w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym) na kryterium ciężkości oraz wpływu zaburzenia na funkcjonowanie i charakter samego zaburzenia.

Zaburzenia związane z cierpieniem cielesnym lub cielesnym doświadczeniem
(*Disorders of bodily distress or bodily experience – 6C20–6C2Z*)

(ICD-10: brak tożsamego rozdziału)

Na ten nowy w ICD-11 zbiór składają się dwie kategorie diagnostyczne: „zaburzenie związane z cierpieniem cielesnym” (*Bodily distress disorder – 6C20*) oraz „cierpienie związane z integralnością ciała” (*Body integrity dysphoria – 6C21*). Gdy porównujemy obie kategorie z tymi istniejącymi już w starszych klasyfikacjach, zwraca uwagę, że definicja pierwszej z nich jest zbliżona do opisu klinicznego zaburzeń somatoformicznych (F45) z ICD-10. Kategoria druga jest całkowicie nowa i nie występuje ani w ICD-10, ani w DSM-5. Istotna wydaje się sama jej nazwa – nie jest ona klasyfikowana jako „zaburzenie”, a raczej jako „cierpienie/dysforia”. Zjawisko to polega na występowaniu silnej potrzeby stania się osobą niepełnosprawną fizycznie (w znacznym stopniu, np. potrzeba amputowania kończyny, potrzeba stania się osobą niewidomą).

Zaburzenia związane z używaniem substancji lub nałogowymi zachowaniami
(*Disorders due to substance use or addictive behaviours – 6C40–6C5Z*)

(W ICD-10 odpowiadające podrozdziałowi: *Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych, F10–F19*)

W podrozdziale wyróżniono dwie grupy zaburzeń: „zaburzenia spowodowane używaniem substancji” oraz „zaburzenia spowodowane nałogowymi zachowaniami”. Pierwsza zawiera rozbudowany system kategorii związanych z używaniem substancji, który jednak znany jest z ICD-10. Używanie każdej z wymienionych substancji wiąże się opisanymi w ICD-11 zjawiskami lub sytuacjami, takimi jak: pojedynczy epizod szkodliwego używania substancji, szkodliwy wzorzec używania substancji, uzależnienie, zatrucie, zespół odstawienny, majaczenie wywołane substancją, zaburzenia psychotyczne wywołane substancją, inne zaburzenia wywołane substancją (zaburzenia nastroju lub zaburzenia lękowe). Ważną innowacją jest uwzględnienie w klasyfikacji zaburzeń związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych: syntetycznych kanabinoidów, metamfetaminy, metylokatononu, syntetycznych katynonów, 3,4-metylenodioksymetamfetaminy (MDMA) i pochodnych, w tym 3,4-metylenodioksyamfetaminy (MDA), ketaminy, fencyklidyny oraz substancji, które nie mają właściwości psychoaktywnych.

Spośród tak zwanych nałogów behawioralnych wyróżniono „zaburzenie używania hazardu” (*Gambling disorder – 6C50*) oraz „zaburzenie związane z graniem” (*Gaming disorder – 6C51*). Wyróżnienie tej drugiej kategorii zyskało rozgłos w mediach i stało się przedmiotem krytycznych uwag ze strony niektórych ekspertów [9].

Zaburzenia kontroli impulsów (*Impulse control disorders* – 6C70–6C7Z)

(*W ICD-10 odpowiadające pojedynczej podgrupie:
Zaburzenia nawyków i popędów F63*)

Grupa ta w ICD-11 obejmuje nie tylko jednostki tradycyjnie kojarzone z zagadnieniem kontroli impulsów, czyli „piromanię” (*Pyromania* – 6C70) i „kleptomanię” (*Kleptomania* – 6C71), ale także „zaburzenie związane z kompulsywnymi zachowaniami seksualnymi” (*Compulsive sexual behaviour disorder* – 6C72) (w ICD-10 pod nazwą „nadmierny popęd seksualny” F52.7) oraz „zaburzenie eksplozywne przerywane” (*Intermittent explosive disorder* – 6C73), nieobecne dotychczas w ICD.

Zachowania niszczycielskie i zaburzenia dyssocjalne (*Disruptive behaviour or dissocial disorders* – 6C90–6C9Z)

(*ICD-10: brak tożsamego rozdziału*)

Podrozdział ten zawiera znane z ICD-10 „zaburzenie opozycyjno-buntownicze” (*Oppositional defiant disorder* – 6C90) oraz „dyssocjalne zaburzenie zachowania” (*Conduct-dissocial disorder* – 6C91). Pewnym *novum* jest wydzielenie tych dwóch kategorii jako odrębnego podrozdziału i tym samym niezależnienie rozpoznania wyłącznie od kryterium wiekowego.

Zaburzenia osobowości i cechy z nimi związane (*Personality disorders and related traits* – 6D10–6D11)

(*W ICD-10 odpowiadające podrozdziałowi:
Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych F60–F69*)

Klasyfikacja zaburzeń osobowości prezentowana w ICD-11 różni się znacznie od ICD-10 oraz klasyfikacji przedstawionej w DSM-5. Twórcy ICD-11 zdecydowali o zastosowaniu modelu wielowymiarowego dla zaburzeń osobowości, a nie obowiązującego dotychczas modelu opartego na swoistych i jednoznacznie (przynajmniej teoretycznie) zdefiniowanych kategoriach nozologicznych [10].

Omawiany podrozdział ma dwie części: „zaburzenie osobowości” (*Personality disorder* – 6D10) oraz „wiodące cechy lub wzorce osobowości” (*Prominent personality traits or patterns* – 6D11). Aby w pełni opisać charakter danego zaburzenia osobowości, należy skorzystać z obu części, przy czym nie ma możliwości skorzystania wyłącznie z części drugiej, jeśli wcześniej nie zastosuje się kodu z części pierwszej.

Kody w części pierwszej („zaburzenia osobowości”) dotyczą wyłącznie ciężkości zaburzenia (łagodne/umiarkowane/ciężkie). W części drugiej zawarto specyfikatory dla zaburzenia osobowości, które – jeśli zostaną użyte – mają najlepiej opisywać charakterystyczne cechy zaburzenia osobowości u danego pacjenta. Należą do nich: „negatywna afektywność” (*Negative affectivity*), „zdystansowanie” (*Detachment*), „dyssocjalność” (*Dissociality*), „odhamowanie” (*Disinhibition*), „anankastyczność”

(*Anankastia*) oraz „wzorec *borderline*” (*Borderline pattern*). Ciekawostką jest także umożliwienie zastosowania wymienionych specyfikatorów (poza „wzorcem *borderline*”) wraz z kategorią „trudności osobowościowej” (*Personality difficulty* – QE50.7), która nie należy w ICD-11 do zaburzeń psychicznych, a raczej do trudności związanych z relacjami (rozdział 24 – „Czynniki wpływające na stan zdrowia lub powodujące kontakt z pracownikami ochrony zdrowia”).

Zmiany, które wprowadzono do systemu klasyfikacji zaburzeń osobowości podczas prac nad ICD-11 oraz DSM-5, były szeroko komentowane przez środowiska ekspertów [10].

Parafilie (*Paraphilic disorders* – 6D30–6D3Z)

(*W ICD-10 częściowo odpowiadające podrozdziałowi:
Zaburzenia preferencji seksualnych F65*)

Jest to kolejny nowy podrozdział, w którym zawarto następujące kategorie: „eks-hibicjonizm” (*Exhibitionistic disorder* – 6D30), „ogładactwo” (*Voyeuristic disorder* – 6D31), „pedofilię” (*Pedophilic disorder* – 6D32), „przymusowy sadyzm seksualny” (*Coercive sexual sadism disorder* – 6D33), „ocieractwo” (*Frotteuristic disorder* – 6D34), „inną parafilię z udziałem osoby niewyrażającej zgody” (*Other paraphilic disorder involving non-consenting individuals* – 6D35), „parafilię dotyczącą samotnych zachowań lub z udziałem osoby wyrażającej zgodę” (*Paraphilic disorder involving solitary behaviour or consenting individuals* – 6D36).

W stosunku do (częściowo) tożsamego z nim podrozdziału z ICD-10 nowy podrozdział nie zawiera takich kategorii jak „fetyszyzm”, „transwestytyzm fetyszystyczny” oraz „sadosochizm”. Przy czym z dwuczęściowej kategorii sadosochizmu usunięto całkowicie masochizm, a zaburzenie opisywane jako „sadyzm seksualny” ma w swojej nazwie i definicji warunek stosowania przymusu wobec drugiej osoby.

Zaburzenia pozorowane (*Factitious disorders* – 6D50–6D5Z)

(*W ICD-10 odpowiadające pojedynczej kategorii: Zaburzenie pozorowane F68.1*)

W ICD-11 grupa zaburzeń pozorowanych zyskała rangę podrozdziału. Zawiera ona dwie kategorie diagnostyczne, które wydają się obejmować całe zagadnienie w sposób ogólny: „zaburzenie pozorowane skierowane na samego siebie” (*Factitious disorder imposed on self* – 6D50) oraz „zaburzenie pozorowane skierowane na inną osobę” (*Factitious disorder imposed on another* – 6D51). W ICD-10 uwzględniono jedynie pierwsze z nich (tzw. zespół Münchhausena), co nie wyczerpywało wszystkich możliwości związanych ze zjawiskiem symulowania.

Zaburzenia neuropoznawcze (*Neurocognitive disorders* – 6D70–6E0Z)

(*ICD-10: Zaburzenia psychiczne organiczne, włącznie z zespołami objawowymi F00–F09*)

Podrozdział ten obejmuje węższy zakres zaburzeń psychicznych niż odpowiadający mu podrozdział w ICD-10 (tj. F00–F09). Obejmuje on „majaczenie” (*Delirium* – 6D70), z możliwością wskazania w procesie koordynacji następczej na praktycznie dowolną przyczynę zaburzenia, a także „łagodne zaburzenie neuropoznawcze” (*Mild neurocognitive disorder* – 6D71), „zaburzenie amnestyczne” (*Amnesic disorder* – 6D72) oraz obszerną grupę „otępień” (*Dementia* – 6D80–6D8Z).

Ważną zmianą w klasyfikacji zaburzeń neuropoznawczych jest możliwość ujęcia w koordynacji wstępnej i następczej zarówno etiologii zaburzeń (z uwzględnieniem nowych teorii), jak i klinicznego charakteru zaburzenia, jego cech charakterystycznych i niektórych dominujących objawów.

Zaburzenia psychiczne lub zachowania związane z ciążą, porodem i położeniem
(*Mental or behavioural disorders associated with pregnancy, childbirth and the puerperium* – 6E20–6E2Z)

(*ICD-10: brak tożsamego rozdziału*)

Jest to całkiem nowy w klasyfikacjach zaburzeń psychicznych podrozdział. Przedstawiono w nim zaburzenia psychiczne występujące w związku z ciążą, porodem i położeniem, które podzielono na zaburzenia bez objawów psychotycznych oraz zaburzenia z objawami psychotycznymi. W pierwszym wypadku mowa tu przede wszystkim o zaburzeniach nastroju, a w drugim o zaburzeniach nastroju i zaburzeniach z grupy schizofrenii i innych pierwotnych psychoz.

Zaburzenia snu i zaburzenia seksualne w ICD-11

Podrozdziały dotyczące zaburzeń snu i czuwania (w ICD-10 grupa „Nieorganiczne zaburzenia snu” F51) oraz dysfunkcji seksualnych (w ICD-10 „Zaburzenia seksualne niespowodowane zaburzeniem organicznym ani chorobą somatyczną” F52) zostały usunięte z części dotyczącej klasyfikacji zaburzeń psychicznych. W ICD-11 grupy te uzyskały rangę odrębnych rozdziałów (odpowiednio o numerach 07 i 17).

Podsumowanie

Klasyfikację zaburzeń z obszaru zdrowia psychicznego w ICD-11 znacznie przebudowano. Niektóre podrozdziały, będące bardzo obszernymi zbiorami kategorii diagnostycznych (np. „Zaburzenia nerwicowe...”), zostały podzielone na mniejsze części. Liczne kategorie diagnostyczne, które były dotychczas najniżej w hierarchii, uzyskały wyższą rangę i nadały nazwę całkiem nowym rozdziałom. Do ICD-11 wprowadzono kilka schorzeń niewystępujących dotychczas w ICD-10 (np. „zaburzenie

dwubiegunowe typu II” lub „złożone zaburzenie stresowe pourazowe”). Jednocześnie uproszczono nomenklaturę innych (np. schizofrenii). Z rozdziału dotyczącego zaburzeń psychicznych usunięto kategorie „zaburzenia snu” i „zaburzenia seksualne”.

Obecnie ICD-11 jest dostępna jedynie w wersji anglojęzycznej w internecie.

Piśmiennictwo

1. Lindmeier C. *WHO releases new International Classification of Diseases (ICD 11)*. World Health Organization. [http://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](http://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11)) (dostęp: 18.08.2018).
2. Gaebel W, Zielasek J, Reed G. *Mental and behavioural disorders in the ICD-11: Concepts, methodologies, and current status*. Psychiatr. Pol. 2017; 51(2): 169–195.
3. World Health Organisation. *ICD-11 Reference Guide*. https://icd.who.int/browse11/content/refguide.ICD11_en/html/index.html#2.45.06Chapter6MentalDisorders|chapter-06-mental-behavioural-or-neurodevelopmental-disorders|c2-37-6 (dostęp: 19.08.2018).
4. Kogan CS, Stein DJ, Maj M, First MB, Emmelkamp PMG, Reed GM. *The Classification of Anxiety and Fear-Related Disorders in the ICD-11: Review: Anxiety and Fear-Related Disorders in ICD-11*. *Depress. Anxiety* 2016; 33(12): 1141–1154.
5. Keller WR, Fischer BA, Carpenter Jr. WT. *Revisiting the diagnosis of schizophrenia: Where have we been and where are we going?* *CNS Neurosci. Ther.* 2011; 17(2): 84–85.
6. Carpenter WT, Tandon R. *Psychotic disorders in DSM-5*. *Asian J. Psychiatry* 2013; 6(3): 267.
7. Biedermann F, Fleischhacker WW. *Psychotic disorders in DSM-5 and ICD-11*. *CNS Spectr.* 2016; 21(04): 349–354.
8. GCP Network. <https://gcp.network/en/private/icd-11-guidelines/categories/disorder/manic-episode> (dostęp: 19.08.2018).
9. Rooij van AJ, Ferguson CJ, Colder Carras M, Kardefelt-Winther D, Shi J, Aarseth E i wsp. *A weak scientific basis for gaming disorder: Let us err on the side of caution*. *J. Behav. Addict.* 2018; 7(1): 1–9.
10. Hopwood CJ, Kotov R, Krueger RF, Watson D, Widiger TA, Althoff RR i wsp. *The time has come for dimensional personality disorder diagnosis*. *Personal. Ment. Health* 2018; 12(1): 82–86.
11. Sampogna G. *ICD-11 Draft diagnostic guidelines for mental disorders: A report for WPA Membership*. *Psychiatr. Pol.* 2017; 51(3): 397–406.

Adres: Piotr Krawczyk
II Klinika Psychiatryczna
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9
e-mail: piotr.s.krawczyk@gmail.com

Otrzymano: 27.12.2018

Zrecenzowano: 10.02.2019

Przyjęto do druku: 10.02.2019