

Rozwój rozdziału ICD-11 dotyczącego zaburzeń psychicznych – aktualizacja dla członków WPA

List do redakcji

Paola Bucci

Wydział Psychiatrii, Drugi Uniwersytet Neapolitański, Neapol, Włochy

Trwają intensywne prace nad rozdziałem dotyczącym zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania mającym znaleźć się w 11. edycji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-11). Zatwierdzenie całej klasyfikacji przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia (World Health Assembly) planowane jest na maj 2017 roku.

Zostaną stworzone co najmniej dwie wersje rozdziału: jedna do stosowania w placówkach specjalistycznych (opisy kliniczne i wytyczne diagnostyczne), druga do stosowania w podstawowej opiece zdrowotnej. To, czy powstanie specjalna wersja do celów badawczych, jest nadal przedmiotem dyskusji.

Ważnym nowym rozwiązaniem jest to, że zaburzenia snu i czuwania oraz zaburzenia związane z seksualnością zostaną ujęte w oddzielnych rozdziałach klasyfikacji.

W ICD-10 „nieorganiczne” zaburzenia snu zawarte są w rozdziale dotyczącym zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, podczas gdy większość „organicznych” zaburzeń snu pojawia się w rozdziale na temat chorób układu nerwowego. Rozróżnienie to zostało uznane za przestarzałe. Nowy rozdział ICD-11 dotyczący zaburzeń snu i czuwania podkreśla, że zaburzenia te są odrębnym obszarem praktyki wymagającym niezależnej uwagi klinicznej.

Podobnie „nieorganiczne” dysfunkcje seksualne są zawarte w ICD-10 w rozdziale dotyczącym zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, podczas gdy większość „organicznych” dysfunkcji seksualnych pojawia się w rozdziale na temat chorób układu moczowo-płciowego. Nowy rozdział ICD-11 dotyczący dysfunkcji związanych z seksualnością będzie w bardziej odpowiedni sposób odzwierciedlał aktualną praktykę kliniczną, uznając, że dysfunkcje seksualne składają się z dwóch elementów: psychologicznego i biologicznego.

Rozwój rozdziału ICD-11 dotyczącego zaburzeń psychicznych jest prowadzony przez Międzynarodową Grupę Doradczą (International Advisory Group), która jest wspierana przez jedenaście grup roboczych poświęconych odpowiednio: podstawowej opiece zdrowotnej, zaburzeniom u dzieci i młodzieży, zaburzeniom rozwoju intelektualnego, zaburzeniom osobowości, zaburzeniom psychotycznym, zaburzeniom

somatycznym i dysocjacyjnym, zaburzeniom związanym ze stresem, zaburzeniom związanym z używaniem różnych substancji i uzależnieniami, zaburzeniom lęku i nastroju, zaburzeniom obsesyjno-kompulsywnym i pokrewnym, zaburzeniom odżywiania i karmienia. Ponadto istnieje grupa konsultacyjna do spraw starszych dorosłych, dwie grupy robocze pracujące nad zaburzeniami neuropoznawczymi i zaburzeniami snu, składające raporty zarówno do Grupy Doradczej ds. Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania, jak i do Grupy Doradczej ds. Chorób Układu Nerwowego, oraz grupa robocza do spraw zaburzeń seksualnych oraz zdrowia seksualnego, składająca raporty zarówno do Grupy Doradczej ds. Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania, jak i Grupy Doradczej ds. Zdrowia Reprodukcyjnego.

Rozdział ICD-11 dotyczący zaburzeń psychicznych jest tworzony w porozumieniu z zainteresowanymi stronami – krajami członkowskimi Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization), kilkoma grupami zawodowymi, jak i osobami korzystającymi z usług służby zdrowia psychicznego i ich rodzinami. Kluczową kwestią jest zwrócenie uwagi na ramy kulturowe. Aktualizacja klasyfikacji jest okazją do poprawy klinicznej użyteczności, w szczególności w krajach o niskim i średnim dochodzie [1–3].

Podstawą opisywanego rozdziału nadal będą definicje i wytyczne diagnostyczne dla różnych zaburzeń psychicznych, a nie operacyjne kryteria diagnostyczne jak w DSM-5. Zalety i ewentualne ograniczenia obu metod zostały niedawno omówione [4–9]. Głównym argumentem przemawiającym za poprzednim podejściem jest to, że jest zgodne z naturalnym procesem klinicznym, który nie obejmuje sprawdzania u danego pacjenta, czy każdy z wielu objawów jest obecny, czy nie jest, lecz sprawdzanie, czy cechy pacjenta odpowiadają wzorom zaburzeń psychicznych, które lekarz zbudował w swoim umyśle.

Główny wysiłek podjęto w celu ujednoczenia grup zaburzeń („bloków”) zaproponowanych przez ICD-11 z tymi zawartymi w DSM-5. Będzie jednak kilka różnic na poziomie poszczególnych kategorii diagnostycznych. Chociaż ostateczne decyzje dotyczące zawartości ICD-11 nie zostały podjęte, jeszcze kilka przewidywanych zbieżności i rozbieżności między ICD-11 i DSM-5 zostało już omówionych w literaturze.

W dziedzinie chorób psychotycznych, w ICD-11, tak jak w DSM-5, według klasyfikacji Schneidera objawy pierwszorzędne będą miały mniejsze znaczenie w opisie schizofrenii, a podtypy tego zaburzenia zostaną pominięte. W przeciwieństwie do DSM-5 przewiduje się, że ICD-11 utrzyma kryterium czasowe jednego miesiąca przy diagnozowaniu schizofrenii, a nie będzie obejmowała zaburzeń funkcjonowania jako kryterium obowiązkowe [10, 11].

W dziedzinie zaburzeń nastroju w ICD-11, tak jak w DSM-5, uważa się, że pobudzenie/energia będzie uwzględnione jako objaw określający manię, przewiduje się również uznanie, że objawy manii/hipomanii pojawiające się w trakcie leczenia lekami przeciwdepresyjnymi i wychodzące poza fizjologiczne efekty takiego leczenia będą się kwalifikować do zdiagnozowania epizodu manii/hipomanii. Ponadto choroba afektywna dwubiegunowa typu II w ICD-11 zostanie uznana za odrębną jednostkę diagnostyczną (w ICD-10 jest ona tylko wymieniona w kategorii „inne zaburzenia afektywne dwubiegunowe”). Spodziewane rozbieżności między ICD-11 i DSM-5 będą uwzględniały inną charakterystykę stanów mieszanych i zaburzeń schizoafektywnych. Co więcej, zgodnie z ICD-10, ale w przeciwieństwie do DSM-5, w ICD-11 „normalne

reakcje na utratę bliskiej osoby odpowiednie do kultury danej osoby” zostaną wyłączone z rozpoznania epizodu depresyjnego [12–20] .

W ICD-11 ostra reakcja na stres będzie rozumiana jako reakcja normalna i tym samym sklasyfikowana w części „Czynniki wpływające na stan zdrowia i potrzebę korzystania z usług służby zdrowia”, podczas gdy „ostre zaburzenia stresowe” w DSM-5 są nadal zawarte w części dotyczącej traumy i zaburzeń związanych ze stresem. Ponadto w ICD-11 zostanie wprowadzona nowa kategoria diagnostyczna o nazwie złożone zaburzenia stresu pourazowego (PTSD), cechująca się zaburzeniami w obszarze emocji, samooceny i funkcjonowania w relacjach w dodatku do trzech podstawowych cech PTSD [21].

W obszarze zaburzeń odżywiania się oczekiwane jest poszerzenie w ICD-11 kategorii jadłowstrętu psychicznego przez opuszczenie wymogu braku miesiączki, rozszerzenie kryterium masy ciała na jakąkolwiek znaczącą niedowagę i rozszerzenie kryteriów poznawczych zawierających rozwojowo i kulturowo odpowiednie prezentacje. Dodatkowo oczekuje się, że kwalifikator nasilenia „z niebezpiecznie małą masą ciała” będzie wyróżniał poważne przypadki jadłowstrętu psychicznego, które mają najbardziej ryzykowne rokowania. Kategoria żarłoczności psychicznej może być rozszerzona o subiektywne napady objadania się, a napady objadania się będą stanowiły odrębną kategorię diagnostyczną, zgodnie z DSM-5 [22].

Zaburzenia rozwoju intelektualnego (termin zastępujący „upośledzenie umysłowe”) zostaną zdefiniowane jako „grupa stanów rozwojowych charakteryzujących się znacznym upośledzeniem funkcji poznawczych, które są związane z ograniczeniami w uczeniu się, zachowaniach adaptacyjnych i umiejętnościach”. Aktualne podkategorie oparte na podstawie ciężkości klinicznej zostaną utrzymane, a zachowania problemowe będą opisane jako cechy towarzyszące [23].

Wstępne raporty grup roboczych do spraw zaburzeń somatyzacyjnych i dysocjacyjnych oraz do spraw zaburzeń osobowości są również dostępne w literaturze [24, 25], a bardziej ogólne omówienie zagadnień diagnostycznych związanych z ICD-11 można znaleźć w ostatnich numerach „World Psychiatry” i innych czasopismach [np. 26–34].

Dwa formatywne badania terenowe zostały podjęte wcześniej w procesie rozwoju rozdziału ICD-10 poświęconego zaburzeniom psychicznym w celu zbadania opinii specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego na całym świecie na temat relacji pomiędzy zaburzeniami psychicznymi oraz w celu poinformowania o decyzjach dotyczących struktury klasyfikacji [35, 36].

Przeprowadzone zostały dwa globalne badania postaw specjalistów wobec klasyfikacji zaburzeń psychicznych: jedno we współpracy ze Światowym Towarzystwem Psychiatrycznym (World Psychiatric Association), z udziałem prawie 5 000 lekarzy psychiatrów z 44 krajów [37], a drugie we współpracy z Międzynarodową Unią Nauk Psychologicznych (International Union of Psychological Science) z udziałem 2 155 psychologów z 23 krajów [38].

Badanie obszaru propozycji dla ICD-11 jest prowadzone za pomocą dwóch metod. Pierwszą z nich jest badanie w oparciu o Internet, które jest realizowane przez Global Clinical Practice Network, sieć indywidualnych lekarzy zajmujących się zdrowiem psychicznym i podstawową opieką zdrowotną skupiającą obecnie prawie 10 000 zarejestrowanych uczestników ze 127 krajów. Badania oparte na Internecie przy użyciu

metodologii winietowej badają proces podejmowania decyzji klinicznych w stosunku do kategorii diagnostycznych i wytycznych zaproponowanych w ICD-11. Drugą metodą jest badanie na podstawie klinicznej, która oceni użyteczność zaproponowanych w ICD-11 wytycznych diagnostycznych w prawdziwych warunkach klinicznych, ze szczególnym uwzględnieniem krajów o niskich i średnich dochodach.

Cykl sympozjów na temat rozwoju rozdziału ICD-11 dotyczącego zaburzeń psychicznych odbędzie się w ramach Światowego Kongresu Psychiatrii (World Congress of Psychiatry), który zorganizowany będzie w Madrycie, w Hiszpanii, w dniach od 14 do 18 września 2014 roku.

Piśmiennictwo

1. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. *A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. World Psychiatry 2011; 10: 86–92.
2. Reed GM. *Toward ICD-11: improving the clinical utility of WHO's International Classification of Mental Disorders*. Prof. Psychol. Res. Pr. 2010; 41: 457–464.
3. Gureje O, Reed G. *Revising the classification of mental disorders: do we really need to bother?* Int. Rev. Psychiatriy 2012; 24: 511–513.
4. Westen D. *Prototype diagnosis of psychiatric syndromes*. World Psychiatry 2012; 11: 16–21.
5. Jablensky A. *Prototypes, syndromes and dimensions of psychopathology: an open agenda for research*. World Psychiatry 2012; 11: 22–23.
6. First MB. *A practical prototypic system for psychiatric diagnosis: the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. World Psychiatry 2012; 11: 24–25.
7. Frances A. *Prototypal diagnosis: will this relic from the past become the wave of the future?* World Psychiatry 2012; 11: 26.
8. Wakefield JC. *Are you as smart as a 4th grader? Why the prototype-similarity approach to diagnosis is a step backward for a scientific psychiatry*. World Psychiatry 2012; 11: 27–28.
9. Ayuso-Mateos JL. *Prototype diagnosis of psychiatric syndromes and the ICD-11*. World Psychiatry 2012; 11: 30–31.
10. Gaebel W. *Status of psychotic disorders in ICD-11*. Schizophr. Bull. 2012; 38: 895–898.
11. Gaebel W, Zielasek J, Cleveland HR. *Psychotic disorders in ICD-11*. Die Psychiatrie 2013; 10: 11–17.
12. Maj M, Reed GM. red. *The ICD-11 classification of mood and anxiety disorders: background and options*. World Psychiatry 2012; 11(supl. 1).
13. Maj M. *Mood disorders in ICD-11 and DSM-5. A brief overview*. Die Psychiatrie 2013; 10: 24–29.
14. Maj M. *Bereavement-related depression in the DSM-5 and ICD-11*. World Psychiatry 2012; 11: 1–2.
15. Wakefield JC, First MB. *Validity of the bereavement exclusion to major depression: does the empirical evidence support the proposal to eliminate the exclusion in DSM-5?* World Psychiatry 2012; 11: 3–10.
16. Corruble E. *The bereavement exclusion may not be applicable in real world settings*. World Psychiatry 2012; 11: 202.
17. Pies R. *Was the bereavement exclusion originally based on scientific data?* World Psychiatry 2012; 11: 203.
18. Wakefield JC, First M. *Fallacious reasoning in the argument to eliminate the major depression bereavement exclusion in DSM-5*. World Psychiatry 2012; 11: 204–205.

19. Maj M. "Clinical judgment" and the DSM-5 diagnosis of major depression. *World Psychiatry* 2013; 12: 89–91.
20. Wakefield JC. *DSM-5 grief scorecard: assessment and outcomes of proposals to pathologize grief*. *World Psychiatry* 2013; 12: 171–173.
21. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA, Cloitre M, van Ommeren M, Jones LM i wsp. *Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11*. *World Psychiatry* 2013; 12: 198–206.
22. Uher R, Rutter M. *Classification of feeding and eating disorders: review of evidence and proposals for ICD-11*. *World Psychiatry* 2012; 11: 80–92.
23. Salvador-Carulla L, Reed GM, Vaez-Azizi LM, Cooper SA, Martinez Leal R, Bertelli M i wsp. *Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and framework for "mental retardation/intellectual disability" in ICD-11*. *World Psychiatry* 2011; 10: 175–80.
24. Creed F, Gureje O. *Emerging themes in the revision of the classification of somatoform disorders*. *Int. Rev. Psychiatry* 2012; 24: 556–567.
25. Tyrer P, Crawford M, Mulder R, ICD-11 Working Group for the Revision of Classification of Personality Disorders. *Reclassifying personality disorders*. *Lancet* 2011; 377: 1814–1815.
26. Rutter M, Uher R. *Classification issues and challenges in child and adolescent psychopathology*. *Int. Rev. Psychiatry* 2012; 24: 514–529.
27. van Os J, Delespaul P, Wigman J, Myin-Germeys I, Wichers M. *Beyond DSM and ICD: introducing "precision diagnosis" for psychiatry using momentary assessment technology*. *World Psychiatry* 2013; 12: 113–117.
28. Ghaemi SN. *Taking disease seriously in DSM*. *World Psychiatry* 2013; 12: 210–212.
29. McGorry PD. *The next stage for diagnosis: validity through utility*. *World Psychiatry* 2013; 12: 213–215.
30. Maj M. *Mental disorders as "brain diseases" and Jaspers' legacy*. *World Psychiatry* 2013; 12: 1–3.
31. Parnas J. *The Breivik case and "conditio psychiatric"*. *World Psychiatry* 2013; 12: 22–23.
32. Bolton D. *Should mental disorders be regarded as brain disorders? 21st century mental health sciences and implications for research and training*. *World Psychiatry* 2013; 12: 24–25.
33. Wakefield JC, Schmitz MF. *When does depression become a disorder? Using recurrence rates to evaluate the validity of proposed changes in major depression diagnostic thresholds*. *World Psychiatry* 2013; 12: 44–52.
34. Berrios GE, Markova IS. *Is the concept of "dimension" applicable to psychiatric objects?* *World Psychiatry* 2013; 12: 76–78.
35. Roberts MC, Reed GM, Medina-Mora ME, Keeley JW, Sharan P, Johnson DK i wsp. *A global clinicians' map of mental disorders to improve ICD-11: analysing meta-structure to enhance clinical utility*. *Int. Rev. Psychiatry* 2012; 24: 578–590.
36. Reed GM, Roberts MC, Keeley J, Hooppell C, Matsumoto C, Sharan P i wsp. *Mental health professionals' natural taxonomies of mental disorders: implications for the clinical utility of the ICD-11 and the DSM-5*. *J. Clin. Psychol.* 2013; 69: 1191–1212.
37. Reed GM, Mendonça 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.
38. Evans SC, Reed GM, Roberts MC, Esparza P, Watts AD, Correia JM i wsp. *Psychologists' perspectives on the diagnostic classification of mental disorders: results from the WHO-IUPsyS global survey*. *Int. J. Psychol.* 2013; 48: 177–193.

Przetłumaczyła: mgr Katarzyna Cyranka