

Zaburzenia psychiczne i behawioralne w ICD-11: koncepcje, metodologie oraz obecny status

Mental and behavioural disorders in the ICD-11: concepts, methodologies, and current status

Wolfgang Gaebel^{1,2,3}, Jürgen Zielasek^{1,2,3}, Geoffrey M. Reed^{4,5}

¹ Department of Psychiatry and Psychotherapy, Medical Faculty, Heinrich Heine University, Düsseldorf, Germany

² WHO Collaborating Center for Quality Assurance and Empowerment of Mental Health, LVR-Klinikum, Düsseldorf, Germany

³ LVR Institute for Healthcare Research, Düsseldorf, Germany

⁴ Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, Switzerland

⁵ Global Mental Health Program and WHO Collaborating Center for Capacity Building and Training in Global Mental Health, Department of Psychiatry, Columbia University Medical Center, New York, NY, USA

Summary

This review provides an overview of the concepts, methods and current status of the development of the Eleventh Revision of the Mental and Behavioural Disorders chapter of the International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11) by the World Health Organization (WHO). Given the global use of the current version (ICD-10) for a wide range of applications in clinical practice and health statistics, a major aim of the development process for ICD-11 has been to increase the utility of the classification system. Expert working groups with responsibility for specific disorder groupings first suggested a set of revised diagnostic guidelines. Then surveys were performed to obtain suggestions for revisions from practicing health professionals. A completely revised structure for the classification of mental and behavioural disorders was developed and major revisions were suggested, for example, for schizophrenia and other primary psychotic disorders, substance use disorders, affective disorders and personality disorders. A new category of “gaming disorder“ has been proposed and conditions related to sexual health and gender identity will be classified separately from mental disorders. An ICD-11 beta draft is freely available on the internet and public com-

ments are invited. Field studies of the revised diagnostic guidelines are in process to obtain additional information about necessary improvements. A tabulated crosswalk from previous ICD-10 to then ICD-11 criteria will be necessary to ascertain the continuity of diagnoses for epidemiological and other statistical purposes. The final version of ICD-11 is currently scheduled for release by the World Health Assembly in 2018.

Słowa klucze: ICD-11, klasyfikacja, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania

Key words: ICD-11, classification, mental and behavioral disorders

Wprowadzenie

Podstawowym globalnym systemem klasyfikacji dla statystycznej i klinicznej dokumentacji zaburzeń jest Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD), opublikowana przez Światową Organizację Zdrowia. Dziesiąta Rewizja ICD (ICD-10) została ogłoszona w 1990 r. Chociaż WHO aktualizuje ICD-10 regularnie, tak aby znalazły się w niej wszystkie funkcjonujące w danym czasie rozpoznania i adekwatne do nich definicje, zasadnicza rewizja klasyfikacji zaburzeń powinna pojawić się już dawno, a oficjalnie została zainicjowana przez WHO w 2005 r. Techniczna odpowiedzialność za zarządzanie czynnościami związanymi z rewizją rozdziału dotyczącego zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania została przydzielona Zakładowi Zdrowia Psychicznego i Uzależnień WHO, który w 2007 r. powołał Międzynarodową Grupę Doradczą do spraw Rewizji ICD-10 w zakresie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania [1]. Po zasięgnięciu opinii Grupy Doradczej WHO powołała Roboczą Grupę Ekspertów, aby zalecili zmiany w konkretnych obszarach rozdziału „Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania” na podstawie opinii zaczerpniętych z dostępnych materiałów i obecnej praktyki. Grupa Robocza została poproszona o opracowanie materiałów źródłowych dla wytycznych diagnostycznych ICD-11 opartych na zasadach ustanowionych przez Międzynarodową Grupę Doradczą [1] zgodnie ze standardowym formatem [2] oraz o rozważenie propozycji, a później opublikowanych kryteriów DSM-5 [3] podczas opracowywania swoich zaleceń. W chwili powstawania niniejszego przeglądu w połowie 2016 r. pierwszy „projekt beta” zrewidowanych kategorii i definicji ICD-11 był dostępny w internecie (<http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/f/en>). Bardziej szczegółowy projekt wytycznych dotyczących diagnostyki zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania jest obecnie dostępny do wglądu z możliwością komentowania przez członków Globalnej Sieci Praktyki Klinicznej WHO [4] (<http://gcp.network>). Jest on również przedmiotem badań [5]. Materiały te stanowiły podstawę niniejszego przeglądu.

Metody zastosowane w przeglądzie

Przegląd metod i wyników procesu rozwoju rozdziału ICD-11 „Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania” przeprowadzono z wykorzystaniem informacji zawartych w publikacjach na temat tego procesu oraz innych danych dostępnych dla pierwszego autora jako członka Międzynarodowej Grupy Doradczej WHO, przewodniczącego Grupy Roboczej WHO do spraw schizofrenii i innych zaburzeń psycho-

tycznych oraz jako członka Grupy Koordynującej Badania WHO dotyczące rozdziału ICD-11 „Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania”, a także dla ostatniego autora jako pełnoprawnego członka Sekretariatu WHO koordynującego te działania.

Wyniki

Koncepcje procesu rewizji

ICD-11 ma być ogólnodostępnym i otwartym globalnie źródłem służącym jako narzędzie dla praktyków klinicznych, badaczy, pacjentów, administratorów, decydentów i rządów. Oznacza to, że można przygotować oraz opublikować kilka jego wersji, np. do stosowania w statystykach zachorowalności i śmiertelności, w warunkach klinicznych przez specjalistów do spraw zdrowia psychicznego, w podstawowej opiece zdrowotnej oraz w celach badawczych. Centralną koncepcją jest opracowanie ICD-11 we współpracy z zainteresowanymi stronami, w tym z przedstawicielami Państw Członkowskich WHO, profesjonalistami w różnych dziedzinach zdrowia oraz osobami korzystającymi z usług w zakresie zdrowia psychicznego i ich rodzinami. Głównym celem jest poprawa klinicznej użyteczności systemu klasyfikacji i jego przydatności do zmniejszenia globalnego obciążenia chorobą związanego z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania, zwłaszcza w krajach o niskim i średnim dochodzie, poprzez zapewnienie lepszego narzędzia do identyfikacji osób, które potrzebują pomocy w zakresie zdrowia psychicznego, tak aby leczenie było możliwie najbardziej skuteczne [1]. W tym celu proces ten został oparty na dowodach naukowych na podstawie: zaleceń i materiałów opracowanych przez grupy robocze zajmujące się poszczególnymi zaburzeniami (tab. 1), wkładu zainteresowanych stron poprzez uwagi do wersji projektu opublikowanych w internecie oraz specjalnych ankiet i badań. Skład Grup Roboczych oraz metodologie badań zostały podyktowane koniecznością globalnego zastosowania klasyfikacji.

Tabela 1. Grupy Konsultacyjne i Robocze ICD-11* (Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania), liderzy grup wraz z krajem pochodzenia (G.M. Reed, komunikacja osobista)

Grupy Konsultacyjne i Robocze ICD-11	Liderzy grup	Kraj pochodzenia liderów
Międzynarodowa Grupa Doradcza	Steven Hyman	USA
Grupa Koordynująca Badania	María Elena Medina-Mora	Meksyk
Dzieci i młodzież	Elena Garralda	UK
Kultura i Diagnoza	Oye Gureje Roberto Lewis-Fernández	Nigeria USA
Zaburzenia żywienia i odżywiania	Angelica Claudino	Brazylia
Zaburzenia rozwoju intelektualnego	Luis Salvador-Carulla	Hiszpania
Zaburzenia nastroju i zaburzenia lękowe	Mario Maj	Włochy
Zaburzenia neuropoznawcze	Paulo Caramelli	Brazylia

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne i inne współwystępujące zaburzenia	Dan Stein	Republika Południowej Afryki
Osoby starsze	Armin von Gunten	Szwajcaria
Zaburzenia osobowości	Peter Tyrer	UK
Podstawowa opieka zdrowotna	David Goldberg	UK
Zaburzenia psychiatryczne	Wolfgang Gaebel	Niemcy
Zaburzenia seksualne i zdrowie seksualne	Jane Cottingham	USA
Zaburzenia somatyczne i zaburzenia dysocjacyjne	Oye Gureje	Nigeria
Zaburzenia związane ze stresem	Andreas Maercker	Szwajcaria
Zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych i zachowania uzależniające	Vladimir Poznyak	WHO, Genewa, Szwajcaria

* Niektóre z tych grup zakończyły swoje zadania i nie spotykają się już.

Metody procesu rewizji

Badania zostały zapoczątkowane jako badania kształtujące do przeprowadzenia międzynarodowych ankiet z udziałem specjalistów dotyczących ich poglądów w sprawie klasyfikacji, wzorców korzystania oraz sugestii niezbędnych zmian. Były one również wykorzystywane w celu zbadania koncepcji zaburzeń psychicznych i ich klasyfikacji przedstawianych przez profesjonalistów.

Na podstawie obrad Grup Roboczych i wyników badań kształtujących WHO opracowała zbiór Opisów Klinicznych i Wytycznych Diagnostycznych (*Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines – CDDG*) [2]. Są one wykorzystywane jako punkt wyjścia dla kolejnych badań internetowych oraz prób klinicznych (*evaluative field studies*). Badania internetowe to międzynarodowe, wielojęzyczne badania wykorzystujące znormalizowany materiał w formie szkiców, w których szczególne cechy diagnostyczne są kontrolowane w celu wyjaśnienia procesu podejmowania decyzji diagnostycznych z użyciem proponowanych wytycznych diagnostycznych ICD-11 oraz porównania trafności i spójności ich wykorzystania w ramach istniejących wytycznych diagnostycznych ICD-11. Badania te są w trakcie realizacji i publikowania, a jedno z nich jest już dostępne [6]. Drugi zestaw badań dotyczy „ekologicznego wdrożenia” wersji beta kryteriów ICD-11 w odniesieniu do „prawdziwych” pacjentów w warunkach klinicznych i także on jest prowadzony w Międzynarodowych Centrach Badań na całym świecie. Zawiera badania diagnostyczne spójności (rzetelności) wykorzystujące dwie oceny zaburzeń psychiatrycznych, nastroju, lęku i zaburzeń związanych ze stresem, jak również typowych zaburzeń wieku dziecięcego. Dodatkowe badania ekologicznego wdrożenia skupiają się na przydatności klinicznej (np. łatwość użycia, jakość dopasowania) dla innych grup zaburzeń. Badania kliniczne w tym zakresie

prowadzone są pod kierunkiem Grupy Koordynującej Badania – ustanowionej przez WHO, aby pomóc w ich realizacji w 18 krajach reprezentujących wszystkie regiony świata (tab. 2).

Tabela 2. Lista krajów, w których są obecnie realizowane lub planowane próby kliniczne

Lp.	Nazwa kraju
1.	Brazylia
2.	Kanada
3.	Chiny
4.	Egipt
5-7.	Kraje niemieckojęzyczne (Niemcy, Szwajcaria, Austria)
8.	Indie
9.	Włochy
10.	Japonia
11.	Liban
12.	Meksyk
13.	Nigeria
14.	Rosja
15.	Republika Południowej Afryki
16.	Hiszpania
17.	Tunezja
18.	USA

Status procesu rewizji

Badania kształtujące

Na podstawie badań kształtujących wyłoniono sugestie, by usunąć niektóre zaburzenia z rozdziału ICD-11 dotyczące zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (w szczególności zaburzenia tożsamości płciowej, zaburzenia funkcji seksualnych [7]). Globalny sondaż z udziałem psychiatrów wykazał, że istnieje ogólna tendencja, aby ograniczyć liczbę kategorii do liczby poniżej 100, a także do wprowadzenia oceniania wymiarowego i funkcjonalnego [8]. W badaniu przeprowadzonym wśród psychiatrów niemieckojęzycznych uczestnicy zidentyfikowali neurastenię jako zaburzenie psychiczne związane z zaniechaniem i zasugerowali, aby rozróżnić otępienia ze względu na ich przyczyny [9]. Wśród chińskich psychiatrów widoczna była skłonność do bardziej rygorystycznych kryteriów klasyfikacyjnych [10]. Indyjscy psychiatrzy wsparli klasyfikację wieloma pomniejszymi kategoriami, a prawie połowa z nich skłaniała się w kierunku systemu z 30 lub mniejszą liczbą kategorii, ale o znacznej

elastyczności w zakresie zróżnicowania kulturowego oraz oceny klinicznej [11]. Światowy sondaż wśród psychologów wykazał tendencję w kierunku bardziej elastycznego wykorzystania wytycznych diagnostycznych [12]. Badanie przeprowadzone wśród psychologów niemieckojęzycznych ujawniło, że opowiedzieli się oni za elastycznym wykorzystaniem oraz wskazówkami w kierunku ścisłych kryteriów, a także wyrazili aprobatę dla podejścia „wymiarowego” [13]. W badaniach na całym świecie specjaliści w zakresie zdrowia psychicznego stosują podobne taksonomie klasyfikacji zaburzeń psychicznych, a ich konceptualizacje były także porównywalne pomiędzy różnymi profesjami [14, 15].

Wersja beta rozdziału ICD-11 dotyczącego zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania: metastruktura

W tabeli 3 przedstawiono przegląd struktur rozdziału dotyczącego zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10 i ICD-11. To pokazuje, że wzrosła liczba podrozdziałów, częściowo dlatego, że usunięto sztuczny limit maksymalnie 10 grup na każdym poziomie utworzony przez strukturę dziesiętną ICD-10 [2].

Tabela 3. Grupy zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10 i ICD-11*

ICD-10**	ICD-11 wersja beta z 22.12.2016 r.***
F00-F09 Zaburzenia psychiczne organiczne, włącznie z zespołami objawowymi F10-F19 Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych	Zaburzenia neuropoznawcze
F20-F29 Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe	Schizofrenia i inne pierwotne zaburzenia psychotyczne
F30-F39 Zaburzenia nastroju (afektywne)	Zaburzenia nastroju
F40-F48 Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną	Zaburzenia lękowe i inne zaburzenia związane ze strachem
F50-F59 Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi	Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne i inne współwystępujące zaburzenia
F60-F69 Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych	Zaburzenia związane ze stresem
F70-F79 Upośledzenie umysłowe	Zaburzenia dysocjacyjne
F80-F89 Zaburzenia rozwoju psychologicznego	Zaburzenia związane z dystresem cielesnym
F90-F98 Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym	Zaburzenia żywienia i zaburzenia odżywiania
F99-F99 Nieokreślone zaburzenia psychiczne	Zaburzenia wydalania

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

	Zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych lub zachowaniami uzależniającymi
	Zaburzenia kontroli impulsów
	Zachowania destrukcyjne i zaburzenia dyssocjalne (aspoleczne)
	Zaburzenia osobowości i inne związane z nimi cechy
	Zaburzenia dewiacyjne
	Zaburzenia pozorowane
	Zaburzenia neuropoznawcze
	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z ciążą, porodem i pocięciem, nigdzie indziej niesklasyfikowane
	Czynniki psychologiczne i behawioralne wpływające na zaburzenia lub choroby sklasyfikowane gdzie indziej
	Wtórne zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania związane z zaburzeniami lub chorobami sklasyfikowanymi gdzie indziej
	Zaburzenia snu i czuwania
	Dysfunkcje seksualne
	Sprzeczność płci

* Należy zauważyć, że niektóre z tych grup (Zaburzenia snu i czuwania, Dysfunkcje seksualne, Sprzeczność płci, Symptomy, Oznaki i objawy kliniczne) aktualnie znajdują się w rozdziałach innych niż „Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania”. Należy pamiętać, że istnieją różne internetowe wersje beta ICD-11: „podstawowa” wersja zawiera listę wszystkich dostępnych grup klasyfikacyjnych i jednostek diagnostycznych, a także jest podstawą kolumny w tabeli odpowiadającej wersji beta ICD-11. W wersji podstawowej niektóre zaburzenia psychiczne mogą być wymienione w kilku grupach, a zatem wersja podstawowa nie zawiera numerów kodów. Istnieją ponadto różne „linearne” wersje ICD-11, a jedna z nich jest już dostępną „linearną” wersją w statystykach zachorowalności i umieralności (<http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/2055403635>, dostęp: 22.12.2016). Tylko ta ostatnia wersja podaje listę wszystkich podmiotów diagnostycznych w jednym określonym grupowaniu i zawiera numery kodowe.

** <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>.

*** <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/f/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f523677473>.

Ponadto w ramach tych grup przeprowadzono kilka kroków w kierunku reorganizacji, które można podsumować w następujący sposób (należy zwrócić uwagę na to, że niektóre z tych grup znajdują się w innych rozdziałach poza rozdziałem doty-

czącym zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania). Określone kody F odnoszą się do wersji ICD-10:

- Główne grupy diagnostyczne F0 (organiczne zaburzenia psychiczne), F1 (zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych), F2 (schizofrenia i inne pierwotne zaburzenia psychotyczne) i F6 (zaburzenia osobowości) będą zachowane, ale zostaną zmienione ich nazwy oraz (znacząco) struktury wewnętrzne. Zaburzenia psychiczne wtórne do zaburzeń somatycznych są sklasyfikowane w rozdziale „Wtórne zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania związane z zaburzeniami lub chorobami sklasyfikowanymi gdzie indziej”.
- Grupa F3 (zaburzenia nastroju) będzie zachowana pod tą samą nazwą, ale zostaną wprowadzone znaczące zmiany definicji zaburzeń nastroju.
- Zaburzenia psychiczne z grupy F4 przeniesiono do nowych grup („Zaburzenia związane z lękiem i strachem”, „Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne i pokrewne”, „Zaburzenia związane ze stresem”, „Zaburzenia dysocjacyjne”, „Zaburzenia związane z dystresem cielesnym”).
- Zaburzenia psychiczne z grupy F5 przeniesiono do nowych grup („Zaburzenia karmienia i żywienia”, „Zaburzenia snu i czuwania”, „Dysfunkcje seksualne”, „Zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych”).
- Niektóre zaburzenia psychiczne z grupy F6 przeniesiono do nowych grup („Zaburzenia osobowości”, „Zaburzenia kontroli impulsów”, „Zaburzenia dewiacyjne”, „Sprzeczność płci”, „Zaburzenia pozorowane”).
- Zaburzenia psychiczne z grup F7, F8 i F9 przydzielono do grup „Zaburzenia neurorozwojowe”, „Zachowania destrukcyjne” i „Zaburzenia dyssocjalne” (antyspołeczne), „Zaburzenia związane z lękiem i strachem”, „Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne i pokrewne”, „Zaburzenia żywienia i zaburzenia odżywiania”, „Zaburzenia wydalania”). Warto zauważyć, że nie będzie już specjalnej grupy diagnostycznej dla zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania z początkiem zwykle w dzieciństwie i okresie dojrzewania (dawniej F9). Formy zaburzeń w dzieciństwie powiązane z innymi grupami zostaną przydzielone do odpowiedniej grupy, co ma podkreślać ich ciągłość rozwojową (np. „Lęk separacyjny” zostanie skatalogowany wraz z „Zaburzeniami związanymi z lękiem i strachem” [16]).
- Zostanie utworzona nowa, oddzielna grupa „Uwarunkowania dotyczące zdrowia seksualnego” i nie będzie ona częścią rozdziału o zaburzeniach psychicznych. Grupy „Dysfunkcje seksualne” oraz „Sprzeczność z płcią” będą częścią tego nowego rozdziału [7]).

Wersja beta rozdziału ICD-11 dotyczącego zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania: Grupy diagnostyczne

Informacje zawarte w kolejnych podrozdziałach pochodzą z internetowej wersji (wersja bazowa) beta ICD-11 z 20.12.2016 r. Ich treść została opracowana krótko po wdrożeniu głównych zmian w poprzedniej wersji beta (<http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/f/en>).

Zaburzenia neurorozwojowe

Nowy rozdział zatytułowany „Zaburzenia neurorozwojowe” będzie zawierał następujące grupy diagnostyczne (tab. 4):

Tabela 4. Grupy diagnostyczne w proponowanym w ICD-11 rozdziale o zaburzeniach neurorozwojowych

Lp.	Grupy diagnostyczne
1.	Zaburzenia rozwoju intelektualnego
2.	Zaburzenia rozwoju mowy i zaburzenia językowe
3.	Zaburzenia ze spektrum autyzmu
4.	Zaburzenia rozwojowe dotyczące uczenia się
5.	Zaburzenia rozwojowe dotyczące koordynacji ruchowej
6.	Przewlekłe zaburzenia rozwojowe dotyczące tików
7.	Zespół nadpobudliwości z deficytem uwagi
8.	Stereotypie ruchowe
9.	Zaburzenia neurorozwojowe spowodowane używaniem alkoholu przez rodzica

W związku z tym kategorie diagnostyczne sklasyfikowane w ICD-10 jako „Upośledzenie umysłowe” i „Zaburzenia rozwoju psychologicznego” będzie można znaleźć w ICD-11 w grupie „Zaburzenia neurorozwojowe”, która obejmuje również poszczególne kategorie odpowiadające zaburzeniom znajdującym się w innych częściach ICD-11, np. „Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi” w ICD-11 odpowiada „Zaburzeniom hiperkinetycznym” w ICD-10, które zostały sklasyfikowane w ICD-10 w grupie „Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym”. Ważne przewartościowanie poczyniono w odniesieniu do niepełnosprawności intelektualnej, obecnie zawartej w tym rozdziale jako „Zaburzenia rozwoju intelektualnego” [17]. W ICD-11 pojawia się też szersza diagnoza zaburzeń ze spektrum autyzmu, która łączy kategorie autyzmu dziecięcego (F84.0), autyzmu atypowego (F84.1) oraz zespół Aspergera (F84.5) zawarte w ICD-10. Wprowadzono specyfikatory dla zaburzeń ze spektrum autyzmu, aby wskazać współwystępowanie zaburzeń w ogólnym funkcjonowaniu intelektualnym i funkcjonalnych umiejętnościach językowych (w mowie lub piśmie), które są ważne przy wyborze odpowiedniego leczenia.

Schizofrenia i inne pierwotne zaburzenia psychotyczne

W tym rozdziale uwzględniono następujące kategorie znane z ICD-10: „Schizofrenia”, „Zaburzenia schizofektywne”, „Zaburzenie schizotypowe”, „Ostre i przemiatające zaburzenia psychotyczne” i „Uporczywe zaburzenia urojeniowe”. Zaznaczono w nim również przejście do „Wtórnych objawów psychotycznych”. W rozdziale pojawi się szereg zmian w porównaniu do poprzednich kategorii ICD-10, których celem jest poprawa przejrzystości diagnostycznej i użyteczności kategorii zaburzeń psychicznych zawartych w tej grupie [18, 19]. W przypadku np. schizofrenii pominięto podtypy z ICD-10 takie jak „paranoidalny”, „hebefreniczny” i „katatoniczny”, a także zmniejszono znaczenie objawów pierwszorzędowych Schneidera, ponieważ nie było wystarczających dowodów na ich kliniczną użyteczność i stabilność z upływem czasu. Aby nadal można było kodować różne typy kliniczne schizofrenii, wprowadzono nowe specyfikatory dla pierwotnych zaburzeń psychotycznych. Zawierają one specyfikatory objawów pozytywnych, objawów negatywnych, depresji, manii, objawów psychomotorycznych oraz objawów poznawczych. Wprowadzono również nowe specyfikatory przebiegu, które pozwalają na różnicowanie między pierwszymi i kolejnymi epizodami pierwotnych zaburzeń psychotycznych oraz chronicznymi (nieepizodycznymi) typami przebiegu. Wśród ostrych epizodów możliwe będzie różnicowanie między stanami ostrymi pełnoobjawowymi, stanami częściowej remisji i pełnej remisji.

Inne istotne zmiany obejmują redefinicję zaburzenia schizofektywnego jako czasowego (równoczesnego) współwystępowania schizofrenii i zaburzenia nastroju. Mają one na celu poprawę przejrzystości koncepcji i wykluczenie z tej grupy diagnostycznej przypadków, jeśli wykażą one naprzemiennie kolejne oznaki schizofrenii i epizodów zaburzeń nastroju, bez wyraźnego klinicznego nałożenia w czasie. Kolejną zmianą jest ulepszony sposób określenia ostrych i krótkotrwałych zaburzeń psychotycznych, z objawami lub bez objawów schizofrenii, w celu uzyskania wyraźniejszego klinicznego rozróżnienia ostrego i przejściowego typu pierwotnych zaburzeń psychotycznych bez klinicznych objawów schizofrenii, w porównaniu z obrazem klinicznym ostrych objawów schizofrenii.

Zaburzenia nastroju

Zaburzenia nastroju w ICD-11 cechują się „epizodami nastroju”, które obejmują epizod depresyjny, epizod maniakalny i epizod mieszany. W ICD-11, w przeciwieństwie do ICD-10, nie są one niezależnymi podmiotami diagnostycznymi, a zatem nie mają własnych kodów diagnostycznych. Stanowią podstawowe składniki większości zaburzeń nastroju. „Zaburzenia nastroju” obejmują „Zaburzenia afektywne dwubiegunowe i inne współwystępujące zaburzenia”, „Zaburzenia depresyjne” i „Wtórne zaburzenia nastroju”. Liczba i wzór epizodów nastroju pojawiających się wraz z upływem czasu używane są do określenia odpowiedniej kategorii „Zaburzeń nastroju”. Nasilenie oraz specyfikatory przebiegu choroby pozwalają na różnicowanie pomiędzy łagodnym, umiarkowanym i ciężkim nasileniem zaburzeń, wskazaniem, czy obecne są objawy psychotyczne i czy obecny stan chorobowy jest w fazie epizodu ostrego lub częściowej

lub całkowitej remisji. Uwzględniono również specyfikatory melancholii, obecność znaczących objawów lękowych, sezonowość i początek okresu okołoporodowego. Cyklotymiczne i dystymiczne zaburzenia zostały zawarte odpowiednio w grupach: „Zaburzenia afektywne dwubiegunowe i inne współwystępujące zaburzenia” oraz „Zaburzenia depresyjne”. Inną istotną zmianą będzie dodanie „Zaburzeń afektywnych dwubiegunowych typu II”, które definiuje się przez „Występowanie jednego lub kilku epizodów hipomaniakalnych i co najmniej jednego epizodu depresyjnego”. Objawy nie powinny być na tyle poważne, aby mogły spowodować wyraźne problemy w funkcjonowaniu.

Zaburzenia lęku i zaburzenia związane ze strachem

Grupa ta będzie zawierała dziewięć podgrup zaburzeń psychicznych (tab. 5) (patrz [16]):

Tabela 5. Lęk i zaburzenia związane ze strachem zaproponowane w ICD-11

Lp.	Grupy diagnostyczne
1.	Uogólnione zaburzenia lękowe
2.	Zespół lęku napadowego
3.	Agorafobia
4.	Specyficzne postacie fobii
5.	Fobia społeczna
6.	Lęk separacyjny
7.	Mutyzm wybiórczy
8.	Hipochondria
9.	Wtórne zaburzenia lękowe Czynniki związane ze strachem

Zostaną połączone wcześniej oddzielne kategorie strachu i zaburzeń związanych z lękiem. „Zaburzenia lękowe mieszane i depresyjne” trafiły do grupy „Zaburzenia nastroju”. „Lęk separacyjny” przeniesiono z kategorii ICD-10 „Zaburzenia emocjonalne rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie” i obecnie obejmuje on również przypadki osób dorosłych. „Zaburzenie lękowe uogólnione” nie jest już rozpoznaniem wykluczającym i może współwystępować w grupie „Zaburzeń depresyjnych”, jeśli objawy lękowe występują niezależnie od epizodu nastroju. Ta zasada oraz inne zasady współwystępowania zostały wprowadzone, ponieważ z powodu braku wsparcia empirycznego wyeliminowano kilka poprzednich hierarchicznych zasad wykluczających zawartych w ICD-10. W ICD-11 „Agorafobia” została przedefiniowana jako nadmierny strach przed pewnymi negatywnymi konsekwencjami, takimi jak ataki paniki w sytuacjach, w których ucieczka jest trudna lub niedostępna jest pomoc, i może być diagnozowana w ICD-11 niezależnie lub razem z „Zespołem lęku napadowego”. Kategoria ICD-10 „Fobie społeczne” zostanie przekształcona w „Społeczne zaburzenia

lękowe”. Lista „Czynników związanych ze strachem” zawiera dolegliwości związane ze strachem przed leczeniem, strach dotyczący braku diagnozy, lęk przed ciążą i osobiste przerażające doświadczenia z dzieciństwa.

Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne i inne współwystępujące zaburzenia

Grupa ta obejmuje osiem zaburzeń psychicznych (tab. 6) (patrz [19]):

Tabela 6. **Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne i inne współwystępujące zaburzenia zaproponowane w ICD-11**

Lp.	Typy zaburzeń
1.	Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne
2.	Dysmorfofobia
3.	Węchowy zespół odnoszący
4.	Hipochondria
5.	Sylogomania
6.	Nawykowe czynności dotyczące ciała
7.	Zespół Tourette'a
8.	Wtórne zaburzenia obsesyjno-kompulsywne i inne współwystępujące zaburzenia

W tej kategorii w ICD-11 zostaną wprowadzone nowe jednostki chorobowe: „Dysmorfofobia”, „Węchowy zespół odnoszący”, „Sylogomania” oraz „Nawykowe czynności dotyczące ciała” (obejmujące trichotillomanię i dermatillomanię, tj. patologiczne skubanie skóry). W grupie „Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne” (OCD) obsesje będą szerzej zdefiniowane, a poprzednie podtypy ICD-10 pominięte. W ICD-11 dozwolone będzie współwystępowanie „Schizofrenii” lub „Depresji” z „Zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi”. Wprowadzono również specyfikator służący do wskazywania stopnia wglądu u pacjentów z tymi zaburzeniami w zakresie prawdziwości myśli i przekonań związanych z zaburzeniem. „Hipochondria” została przeniesiona z grupy ICD-10 „Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną” do grupy ICD-11 „Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne i inne współwystępujące zaburzenia” [20, 21].

Zaburzenia związane ze stresem

W ICD-11 kategoria ta będzie zawierała następujące zaburzenia psychiczne (tab. 7) (patrz [22]):

Tabela 7. **Zaburzenia związane ze stresem zaproponowane w ICD-11**

Lp.	Typy zaburzeń
1.	Zespół stresu pourazowego
2.	Złożony zespół stresu pourazowego

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

3.	Przedłużająca się żaloba
4.	Zaburzenie adaptacyjne
5.	Reaktywne zaburzenia przywiązania w dzieciństwie
6.	Nadmierna łatwość w nawiązywaniu relacji społecznych

Koncepcja zespołu stresu pourazowego (PTSD) będzie węższa w porównaniu z tą znaną z ICD-10, tak że diagnoza będzie wymagała obecności trzech głównych objawów: ponownego przeżywania, unikania i postrzegania zwiększonego aktualnego zagrożenia [22]. Zaproponowano wprowadzenie nowej pełnej kategorii PTSD, która charakteryzuje się następującymi cechami klinicznymi oprócz pełnego klinicznego obrazu PTSD (internetowa wersja beta ICD-11 z 20.12.2016 r.):

- 1) przewlekłe i rozszerzające się problemy z regulacją emocji;
- 2) trwałe przekonanie o sobie jako osobie słabej, pokonanej lub bezwartościowej, wraz z głębokim i wszechobecnym poczuciem wstydu, winy lub porażki związanej z traumatycznym wydarzeniem; oraz
- 3) uporczywe trudności w podtrzymywaniu relacji i poczuciu bliskości z innymi.

W ICD-11 zaproponowano również nową kategorię: „Długotrwały smutek”, z ostrymi objawami trwającymi co najmniej sześć miesięcy i „wyraźnie przekraczającymi oczekiwane normy społeczne, kulturowe lub religijne w kontekście danej jednostki”. Oba aspekty przedłużonego trwania i przekroczenia oczekiwanych norm społecznych muszą być spełnione. Należy zauważyć, że zawarto w tej grupie dwa zaburzenia psychiczne wczesnego dzieciństwa: „Reaktywne utrudnienie nawiązywania relacji społecznych w dzieciństwie” i „Nadmierną łatwość w nawiązywaniu relacji społecznych”, które rozwijają się między 1. a 5. rokiem życia.

Zaburzenia dysocjacyjne

Rozdział ten będzie zawierał szereg zaburzeń dysocjacyjnych, z których wiele stanowi nowe kategorie zaburzeń (tab. 8).

Tabela 8. Zaburzenia dysocjacyjne zaproponowane w ICD-11

Lp.	Typy zaburzeń
1.	Zaburzenie dysocjacyjne pseudoneurologiczne
2.	Amnezja dysocjacyjna
3.	Zespół depersonalizacji-derealizacji
4.	Trans
5.	Opętanie
6.	Złożone dysocjacyjne zaburzenie natręctw
7.	Zaburzenie dysocjacyjne tożsamości
8.	Wtórne zaburzenia dysocjacyjne

„Organiczne zaburzenia dysocjacyjne” (dawniej ICD-10 F06.5) są teraz podzielone na 12 podtypów w zależności od dominującego objawu neurologicznego (drgawki, mowa lub paraliż itd.). „Trans” jest zdefiniowany jako „pojedyncze lub epizodyczne mimowolne istotne zmiany w stanie świadomości lub utrata zwyczajowego poczucia tożsamości, którym towarzyszy zwężenie świadomości najbliższego otoczenia lub wyjątkowo wąski i wybiórczy odbiór bodźców środowiskowych, wraz z ograniczeniem ruchów, postawy i wypowiedzi do powtarzania niewielkiego repertuaru, który jest doświadczany jako będący poza kontrolą jednostki”. Definicja ta nie obejmuje stanów transu wywołanych przez narkotyki, leki lub inne zaburzenia; uwzględnia zaś kryterium funkcjonowania (funkcjonowanie społeczne musi być osłabione). „Złożone dysocjacyjne zaburzenia intruzji” oraz „Dysocjacyjne zaburzenia tożsamości” to formy zaburzeń „Osobowości wielorakiej”, które również wprowadzają upośledzenie funkcjonowania jako konieczną cechę diagnostyczną.

Zaburzenia związane z dystresem cielesnym

Ta nowa, szeroka kategoria zastępuje kategorię ICD-10 „Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną” i jednoczy szereg wcześniejszych odrębnych kategorii, takich jak zaburzenie somatyzacyjne, zaburzenia wegetatywne występujące pod postacią somatyczną oraz neurastenię. Należy zauważyć, że hipochondria jest zaliczona do zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych i innych współwystępujących zaburzeń, a nie do grupy „Zaburzeń związanych z dystresem cielesnym” [23]. Główną cechą kliniczną „Zaburzeń związanych z dystresem cielesnym” jest „obecność objawów cielesnych, które są niepokojące dla jednostki oraz nadmierne nakierowanie uwagi na te objawy”. ICD-11 rozróżnia łagodne, umiarkowane i ciężkie postacie tych zaburzeń, ale nie podaje ich podtypów.

Zaburzenia żywienia i odżywiania

Jest to kategoria zawierająca istotne zmiany w porównaniu z ICD-10 (ICD-10 F5 [24, 25]). Obejmuje następujące siedem kategorii:

Tabela 9. **Zaburzenia żywienia i odżywiania zaproponowane w ICD-11**

Lp.	Typy zaburzeń
1.	Jadłowstręt psychiczny
2.	Bulimia
3.	Zaburzenie z napadami objadania się
4.	Zaburzenia odżywiania polegające na unikaniu lub ograniczaniu przyjmowania pokarmów
5.	Pica
6.	Zaburzenie ulewania i przeżuwania pokarmu
7.	Zespół wymiotów cyklicznych

Wymagania diagnostyczne dla jadłowstrętu psychicznego i bulimii zostały tutaj nieco poszerzone. W jadłowstręcie psychicznym usunięto kryterium braku miesiączki oraz złączono kryterium niedowagi (obecnie BMI <18,5, w ICD-10 BMI <17,5). Kryterium „Lęk przed przybraniem na wadze” zostało poszerzone i obecnie zawiera skupienie się na masie ciała lub jego kształcie, żywieniu i odżywianiu oraz trwałe zachowania mające na celu zmniejszenie masy ciała i zwiększenie wydatku energetycznego. Wprowadzono również czterotygodniowe kryterium minimalnego czasu trwania. Pojawiły się ponadto nowe kategorie zaburzeń z napadami objadania się i zaburzeń odżywiania polegających na unikaniu lub ograniczaniu przyjmowania pokarmów. Oczekuje się, że zmiany te zmniejszą częstotliwość diagnozowania nieokreślonych zaburzeń odżywiania, które są dość powszechne. Ma to także w dużej mierze zapobiec występowaniu kategorii ICD-10 „nietypowy” jadłowstręt psychiczny i „nietypowa” bulimia, które zostały usunięte w ICD-11. Niespecyficzna kategoria ICD-10 zaburzeń odżywiania u niemowląt lub we wczesnym dzieciństwie została zastąpiona przez bardziej konkretne kategorie, które mogą być również diagnozowane u starszych dzieci, a także u młodzieży i dorosłych.

Zaburzenia wydalania

Grupa ta zawiera jedynie „Moczenie mimowolne” i „Nietrzymanie kału”. W obu kategoriach przypadki są wykluczane, jeżeli zaburzenia wydalania są spowodowane schorzeniami o podłożu organicznym.

Zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych

Ogólna struktura tego rozdziału będzie wprowadzać rozróżnienie pomiędzy zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych a zachowaniami uzależniającymi.

Wśród zaburzeń związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych zostaną dodane nowe substancje: syntetyczne kannabinoidy, leki przeciwłękowe, syntetyczne katynony, MDMA, ketamina oraz PCP. ICD-11 pozwoli na różnicowanie każdej grupy substancji (z nieznacznymi zmianami dla poszczególnych substancji w zależności od konkretnych skutków każdego leku lub grupy leków), jak pokazano poniżej w odniesieniu do zaburzeń związanych z alkoholem. Na liście znajdują się także kody dla różnych aspektów klinicznych stosowania substancji psychoaktywnych (tab. 10).

Tabela 10. **Aspekty kliniczne zaburzeń w związku z używaniem substancji psychoaktywnych zapropionowane w ICD-11 – np. zaburzenia związane z używaniem alkoholu**

Lp.	Typy zaburzeń
1.	Nietrzeźwość
2.	Szkodliwe używanie alkoholu
3.	Uzależnienie od alkoholu
4.	Alkoholowy zespół abstynencyjny

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

5.	Delirium alkoholowe
6.	Wywołane alkoholem zaburzenie psychotyczne
7.	Wywołane alkoholem zaburzenia nastroju
8.	Wywołane alkoholem zaburzenia lękowe
9.	Wywołane alkoholem dysfunkcje seksualne
10.	Wywołane alkoholem zaburzenia snu
11.	Otępienie wywołane alkoholem
12.	Amnezja spowodowana używaniem alkoholu
13.	Pojedynczy epizod nadużycia alkoholu

Podgrupa „Zachowania uzależniające” zawiera teraz „Uprawianie hazardu” i „Uzależnienie od gier”, które przekłada się na nowo zdefiniowane zaburzenie psychiczne „charakteryzujące się zaburzeniami kontroli gier, zwiększającym się pierwszeństwem gier w stosunku do innych działań do tego stopnia, że gry dominują nad innymi zainteresowaniami oraz codziennymi czynnościami, a także kontynuacją gry mimo wystąpienia negatywnych skutków”. Warunkiem jest tu znaczne upośledzenie funkcjonowania społecznego, które trwa przez 12 miesięcy, chyba że objawy są bardzo poważne i w takim przypadku kryterium czasowe może ulec skróceniu. ICD-11 wprowadza zatem rodzaj uzależnienia od internetu [26], który jednak ma również zastosowanie do nadmiernych nawyków związanych z graniem offline.

Zaburzenia kontroli impulsów

Grupa ta obejmuje „Patologiczne podpalanie” (piromania), „Patologiczne kradzieże” (kleptomania), „Kompulsywne zachowania seksualne” i „Okresowe eksplozywne zaburzenia zachowania”. Wstępne propozycje, aby umieścić tu „Uprawianie hazardu”, nie zostały uwzględnione (kategoria ta znalazła się wśród zaburzeń związanych z zachowaniami uzależniającymi [27, 28]). „Okresowe eksplozywne zaburzenia zachowania” to nowa jednostka diagnostyczna zdefiniowana jako „powtarzające się krótkie epizody słownej lub fizycznej agresji lub zniszczenie mienia, które reprezentują brak kontroli impulsów agresji, przy czym intensywność wybuchu lub stopień agresywności są rażąco nieproporcjonalne w stosunku do prowokacji lub prowokujących stresorów psychospołecznych” (internetowa wersja beta ICD-11 z 20.12.2016 r.). „Kompulsywne zachowania seksualne” zastępują kategorię ICD-10 „Nadmierny popęd seksualny” i charakteryzują się stałą tendencją braku kontroli intensywnych impulsów seksualnych lub popędu, skutkującą brakiem kontroli powtarzalnych zachowań seksualnych obserwowanym przez dłuższy okres (np. 12 miesięcy) i powodującą wyraźny niepokój lub znaczne upośledzenie w osobistych, rodzinnych, społecznych, edukacyjnych, zawodowych lub innych ważnych dziedzinach funkcjonowania. Włączenie tych zachowań do „Zaburzeń kontroli impulsów”, a nie do „Dysfunkcji seksualnych” jak w ICD-10, oznacza, że brak kontroli nad impulsami jest głównym elementem patologii i nie należy skupiać się wyłącznie na tle zachowań seksualnych.

Zachowania niszczyielskie i Zaburzenia aspołeczne

Grupa ta zawiera tylko „Zaburzenie opozycyjno-buntownicze” (ICD-10 F91.3) oraz nową kategorię „Zaburzenia zachowań społecznych” (zróżnicowane w zależności od tego, czy pojawią się w dzieciństwie, czy z początkiem okresu dojrzewania; granicę między nimi ustalono na 10. rok życia). Dalsze rozróżnienie kliniczne odnosi się do „Zaburzenia opozycyjno-buntowniczego” z przewlekłą drażliwością i gniewem lub bez tych objawów oraz do ograniczonych vs. normalnych emocji prospołecznych w „Zaburzeniach zachowań społecznych”. Podejście ICD-11 do klasyfikacji dzieci z ciężką drażliwością i gniewem różni się od podejścia DSM-5 – bardziej szczegółowy przegląd informacji na ten temat oraz różne opcje klasyfikacji podają Lochman i wsp. [29] oraz Evans i wsp. [30].

Zaburzenia osobowości

W ICD-11 tak rozległe przeformułowanie diagnoz „Zaburzeń osobowości” zostało zaproponowane w odpowiedzi na stałe problemy z ich słusznością i stosowaniem w systemach klinicznych [31]. Według ICD-10 (i DSM-IV, która jest taka sama jak klasyfikacja w korpusie głównym DSM-5) osoby z ciężkimi zaburzeniami osobowości zwykle spełniają wymagania diagnostyczne dla wielu zaburzeń osobowości. Jednak kategorie te nie są konsekwentnie stosowane w warunkach klinicznych, gdzie zaburzenia osobowości typu *borderline* często wykorzystuje się w praktyce zdrowia psychicznego i medycynie ogólnej do opisu trudnych pacjentów, a dysocjalne (lub antyspołeczne) zaburzenia osobowości w kontekstach kryminalistycznych. W ICD-11 zaproponowano, aby podstawowym wymiarem klasyfikacji zaburzeń osobowości było nasilenie, które może być łagodne, umiarkowane lub ciężkie. Poziom subkliniczny – trudności z osobowością – również jest opisany, ale nie jest sklasyfikowany jako zaburzenie psychiczne. Zaburzenia osobowości mogą być dalej opisywane przez wskazanie na obecność charakterystycznych nieadaptacyjnych cech osobowości. Pięcioma czynnikami osobowości, które stanowią zbiór wymiarów odpowiadających podstawowej strukturze cech osobowości, są: negatywna uczuciowość (tendencja do manifestowania niepokojących emocji), osobowość dysocjalna (tendencja do lekceważenia konwencji społecznych i praw innych osób), rozhamowanie (tendencja do działania pod wpływem impulsu), anankastia (tendencja do kontrolowania zachowania własnego i innych) oraz odseparowanie (tendencja do utrzymywania dystansu emocjonalnego i interpersonalnego). Można zauważyć, że każda z tych cech jest zarówno wyrazista, jak i przyczynia się do zaburzeń osobowości i ich nasilenia. Poprzednie podtypy zaburzeń osobowości ICD-10 zostały pominięte.

Zaburzenia dewiacyjne

Nazwa kategorii „Zaburzenia preferencji seksualnych” zostanie zmieniona na „Zaburzenia dewiacyjne”, tak aby odzwierciedlała aktualną terminologię w literaturze naukowej oraz praktyce klinicznej. Zaburzenia dewiacyjne charakteryzują się

wzorcami nietypowego podniecenia seksualnego, które koncentruje się na innych niewyrażających na to zgody osobach; uwarunkowania te mogą być uznane jako mające wpływ na zdrowie publiczne [7]. „Zaburzenia dewiacyjne” obejmują „Zaburzenia ekshibicjonistyczne”, „Oglądactwo”, „Pedofilię”, „Seksualne zaburzenie sadystyczne”, „Froteryzm”, inne zaburzenia dewiacyjne dotyczące innych niewyrażających zgody osób oraz zaburzenia dewiacyjne uwzględniające samotne zachowania lub zachowania włączające inne osoby za ich zgodą. Ostatnia pozycja została wprowadzona w celu uwzględnienia przypadków, w których „1) osoba jest wyraźnie zmartwiona rodzajem pobudzenia, a niepokój nie jest po prostu wynikiem odrzucenia lub obawy przed odrzuceniem formy pobudzenia przez inne osoby; lub 2) charakter zachowania dewiacyjnego pociąga za sobą znaczne ryzyko okaleczenia lub śmierci danej osoby lub partnera (np. uduszenie (*asphyxophilia*))” (internetowa wersja beta ICD-11 z 22.12.2016 r.). Szczegółowe omówienie przesłanek przemawiających za wyłączeniem zaburzeń orientacji seksualnej z ICD-11 można znaleźć w przeglądzie procesu decyzyjnego WHO dotyczącego tej kwestii [32].

Zaburzenie pozorowane

Ta grupa zawiera tylko dwie jednostki: „Zaburzenie pozorowane dotyczące siebie” i „Zaburzenie pozorowane skierowane na inną osobę”. W ICD-10 pierwsza kategoria nosiła nazwę „Zamierzone wytwarzanie lub naśladowanie objawów lub niewydolności fizycznych bądź psychicznych” (F68.1). Druga kategoria została wprowadzona dopiero w ICD-11.

Zaburzenia neuropoznawcze

Ta nowa grupa obejmuje „Majaczenie”, „Amnezje”, „Łagodne zaburzenia neuropoznawcze”, „Zespół otępienny”. „Zespół otępienny” może być sklasyfikowany na trzech poziomach nasilenia (łagodny, umiarkowany, ciężki), przedstawiono również kody do identyfikacji różnej etiologii otępienia.

3.3.3.18. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z ciążą, porodem i położeniem, nigdzie indziej niesklasyfikowane

Ta kategoria jest zdefiniowana jako „syndrom związany z ciążą lub położeniem (rozpoczynającym się w ciągu około 6 tygodni po porodzie), który obejmuje istotne cechy psychiczne i cechy zachowania, ale nie spełnia wymagań diagnostycznych żadnych specyficznych zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania” (internetowa wersja beta ICD-11 z 22.12.2016 r.) i można rozróżnić kliniczne objawy z objawami psychotycznymi lub bez nich.

Czynniki psychologiczne i behawioralne wpływające na zaburzenia lub choroby sklasyfikowane gdzie indziej

Jest to odrębna kategoria w rozdziale „Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania” i obejmuje czynniki psychiczne wpływające na zaburzenia lub choroby sklasyfikowane w innych rozdziałach ICD. ICD-11 zastrzega, że ta diagnoza powinna być stosowana tylko wtedy, gdy czynniki te zwiększają ryzyko cierpienia, inwalidztwa lub śmierci, stanowią centrum klinicznej uwagi i nie można ich lepiej wyjaśnić za pomocą zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (internetowa wersja beta ICD-11 z 22.12.2016 r.). Mogą one wpływać na przebieg lub leczenie choroby jako dodatkowy czynnik ryzyka dla zdrowia, oddziałując na przestrzeganie leczenia, poszukiwanie opieki lub na podstawową patofizjologię, przyspieszając lub nasilając objawy bądź wywołując konieczność opieki medycznej.

Wtórne zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania związane z zaburzeniami lub chorobami sklasyfikowanymi gdzie indziej

W tym rozdziale przedstawiono „Wtórne zaburzenia psychiczne” zdefiniowane jako „bezpośredni patofizjologiczny skutek stanu zdrowia niesklasyfikowany jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania na podstawie historii choroby, badania fizykalnego lub wyników badań laboratoryjnych. Objawów nie można wyjaśnić majaczeniem lub innymi zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania, a także nie są psychologiczną reakcją wywołaną przez ciężki stan zdrowia [...]” (internetowa wersja beta ICD-11 z 22.12.2016 r.). Grupa ta obejmuje „Wtórny syndrom neurorozwojowy”, „Wtórne zaburzenia psychotyczne”, „Wtórne zaburzenia nastroju”, „Wtórne zaburzenia lękowe”, „Wtórne zaburzenia obsesyjno-kompulsywne i inne współwystępujące zaburzenia”, „Wtórny syndrom dysocjacyjny”, „Wtórne zaburzenia kontroli impulsów”, „Wtórny syndrom neuropoznawczy”, „Wtórna zmianę osobowości” i „Majaczenie” z przyczyn innych niż wywołane używaniem substancji psychoaktywnych, w tym leków.

Dysfunkcje seksualne

Proponuje się włączenie grupy „Dysfunkcje seksualne” do nowego rozdziału ICD-11 dotyczącego uwarunkowań związanych ze zdrowiem seksualnym (rozdział 17 w bieżącej wersji beta ICD-11). W ICD-10 tzw. organiczne i nieorganiczne dysfunkcje seksualne umieszczone były w osobnych rozdziałach, przy czym dysfunkcje „nieorganiczne” znajdowały się w rozdziale „Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania”. To oddzielenie ciała i umysłu jest niezgodne z obecną wiedzą i bardziej integracyjnymi metodami klinicznymi, które postrzegają pojawienie się oraz utrzymywanie dysfunkcji seksualnych w kontekście interakcji między czynnikami fizycznymi i psychicznymi [7]. W ICD-11 kategorie te zostały zebrane w jednej grupie, a także zasadniczo je przeorganizowano wraz z odrębną grupą „Seksualnych zaburzeń bólowych”.

Ponadto „Dysfunkcje seksualne” zostały wprowadzone (jako wtórne – *secondary parented*) także w rozdziale „Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania” ze względu na częste znaczenie czynników psychologicznych i zachowania w ich powstawaniu i utrzymywaniu. *Multiple parenting* jest mechanizmem wprowadzonym w ICD-11, który pozwala poszczególnym jednostkom pojawiać się w więcej niż jednym miejscu w celu poprawy użyteczności klasyfikacji dla użytkowników. Na przykład gruźlica układu nerwowego mogłaby zostać umieszczona w rozdziale dotyczącym chorób zakaźnych oraz w rozdziale dotyczącym chorób układu nerwowego, tak aby klinicysta, który szukałby danej jednostki, był w stanie ją znaleźć na oba sposoby (podobnie jak możliwe jest znalezienie tej samej książki z użyciem wielu strategii wyszukiwania na portalu Amazon). Kod alfanumeryczny wskazujący na „pierwotną kategorię” (*primary parent*) pozostaje stały, mimo że jednostka występuje w wielu lokacjach. „Wtórna kategoria” (*secondary parenting*) dostarcza także informacji, że „Dysfunkcje seksualne” znajdują się w odpowiednim zakresie praktyki psychiatrów i innych specjalistów zdrowia psychicznego posiadających odpowiednie kwalifikacje.

Sprzecznosc płci

Grupa „Sprzecznosc płci” stanowi znaczną zmianę kategorii ICD-10 „Zaburzenia identyfikacji płciowej” (F64). Zaleca się umieszczenie tej grupy także w rozdziale dotyczącym uwarunkowań związanych ze zdrowiem seksualnym. Zawiera ona dwie kategorie: „Sprzecznosc płci wieku młodzieńczego i dorosłości” oraz „Sprzecznosc płci w dzieciństwie”. Powyższe propozycje są przedmiotem poważnych dyskusji w literaturze przedmiotu [7, 33–35].

Zaburzenia snu i czuwania

Tak jak w przypadku „Dysfunkcji seksualnych” w ICD-10 domyślne „organiczne” i „nieorganiczne” zaburzenia snu zawarte są w osobnych rozdziałach. „Organiczne” zaburzenia snu znajdują się głównie w rozdziale dotyczącym chorób układu nerwowego, choć niektóre z nich pojawiają się w innych miejscach, takich jak rozdział dotyczący chorób układu oddechowego. „Nieorganiczne” zaburzenia snu zaś trafiły do rozdziału „Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania”. W ICD-11 zaproponowano nowy rozdział: „Zaburzenia snu i czuwania”. Łączy on te jednostki w jednej zintegrowanej klasyfikacji, która bierze pod uwagę interakcje między czynnikami psychologicznymi, behawioralnymi i fizycznymi w ich rozwoju i utrzymywaniu. Takie podejście jest bardziej zgodne z aktualnymi badaniami i praktykami. Tak jak w przypadku „Dysfunkcji seksualnych” „Zaburzenia snu i czuwania” zostały wprowadzone (*secondary parented*) również w rozdziale „Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania”, co ma podkreślać znaczenie czynników psychologicznych i behawioralnych, a także informować, że mogą być one oceniane i leczone przez psychiatrów i innych odpowiednio przeszkolonych pracowników służby zdrowia psychicznego. Główne kategorie „Zaburzenia snu i czuwania” zaproponowane w ICD-11 przedstawiono w tabeli 11. Klasyfikacja

ta zaprojektowana jest tak, aby była zgodna z Trzecią Edycją Międzynarodowej Klasyfikacji Zaburzeń Snu [36], choć jest znacznie prostsza.

Tabela 11. Zaburzenia snu i czuwania zaproponowane w ICD-11

Lp.	Typy zaburzeń
1.	Bezsennaść
2.	Zaburzenia snu w zespole nadpobudliwości psychoruchowej
3.	Hipersomnia
4.	Zaburzenia oddychania podczas snu
5.	Zaburzenia okołodobowego rytmu snu
6.	Parasomnia
7.	Zaburzenia rytmu snu i czuwania
8.	Pewne określone zaburzenia snu

Objawy psychiczne i behawioralne, oznaki i objawy kliniczne

Ta grupa jest częścią rozdziału ICD-11 dotyczącego „Objawów, oznak lub objawów klinicznych nigdzie indziej niesklasyfikowanych” (rozdz. 21). Zawiera listę objawów wraz z definicjami, które mogą być wykorzystane do identyfikacji istotnych aspektów obrazu klinicznego konkretnego przypadku, niezależnie od tego, czy u danej osoby rozpoznano zaburzenia psychiczne. Główne klasy objawów tej grupy przedstawiono w tabeli 12. Te kategorie objawów mogą być stosowane do identyfikacji objawów w podstawowej opiece zdrowotnej lub u pacjentów, których ocena diagnostyczna nie została zakończona. Mogą również posłużyć do identyfikacji poszczególnych objawów, które są bezpośrednio związane z postępowaniem klinicznym w kontekście innych chorób, takich jak ataki paniki, stany zagrożenia życia lub depresji. Jest to zjawisko istotne klinicznie, które powinno zostać odnotowane, ale zwykle nie uzasadnia dodatkowej diagnozy lęku napadowego.

Tabela 12. Objawy psychiczne i behawioralne, oznaki i objawy kliniczne w ICD-11 (wymienione poza rozdziałem „Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania” w rozdziale „Objawy, oznaki i objawy kliniczne nigdzie indziej niesklasyfikowane”)

Lp.	Typy objawów, oznak i objawów klinicznych
1.	dotyczące świadomości
2.	dotyczące poznawania
3.	dotyczące motywacji i energii
4.	dotyczące wyglądu i zachowania
5.	dotyczące nastroju lub emocji
6.	dotyczące formy myśli
7.	dotyczące treści myśli

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

8.	dotyczące zaburzeń percepcyjnych
9.	związane z cechami osobowości
10.	dotyczące jedzenia i związanych z nim zachowań
11.	dotyczące wydalania
12.	katatonia

Zasady kodowania

ICD-11 pojawi się w różnych linearnych wersjach do poszczególnych celów kodowania, a pierwsza dostępna wersja, oparta na wersji beta, jest linearna dla statystyk zachorowalności i umieralności (<http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en/#/>, dostęp: 20.12.2016). Podczas gdy wersja podstawowa jest zbiorem wszystkich jednostek ICD-11 takich jak choroby i reprezentuje całą gamę zaburzeń ICD-11, wersja linearna jest podzbiorem wersji podstawowej dopasowanej do określonego celu. W linearyzacji każda jednostka posiada unikalny kod i występuje tylko raz w określonej grupie diagnostycznej (*single parenting*), podczas gdy może występować w wielu grupach w wersji podstawowej (*multiple parenting*). Na przykład w wersji podstawowej otępienia zawarte są w rozdziale dotyczącym zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (grupa dominująca „Zaburzenia neuropoznawcze”) oraz w rozdziale odnoszącym się do chorób układu nerwowego (grupa dominująca „Zaburzenia neurologiczne z zaburzeniami neuropoznawczymi jako główną cechą”). Tak więc w wersji podstawowej multikategorialność (*multiple parenting*) umieszcza otępienia zarówno w grupie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, jak i w grupie zaburzeń układu nerwowego. Jednak w wersji linearnej otępienia mają być kodowane jednoznacznie (*single parenting*) w rozdziale dotyczącym zaburzeń układu nerwowego (kod 8A40 w grupie „Zaburzenia neurologiczne z zaburzeniami neuropoznawczymi jako główną cechą”), ale na liście zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania znajduje się też odsyłacz do 8A40 (grupa „Zaburzenia neuropoznawcze”).

ICD-11 znosi również historycznie niespójną konwencję kodowania daggerem oraz gwiazdką stosowaną w ICD-10. W ICD-11 kody oznaczone gwiazdką staną się „formami klinicznymi” lub kodami rozszerzającymi (aktualizacja ICD-11, listopad 2015; http://www.who.int/classifications/icd/revision/18_dagger_asterisk_resolution.pdf?ua=1; http://www.who.int/classifications/icd/revision/2015_11_ICD11_Newsletter.pdf, dostęp: 27.12.2016), a dalsze rozszerzenia kodów mogą wskazywać kontakty ze służbą zdrowia, przypadki opieki, rodzaj przebiegu, lokalizacje anatomiczne itp. (zwane również rozdziałem kodów „X”; <http://eur-ws.org/Vol-1515/poster12.pdf>, dostęp: 27.12.2016). Ponadto nowa zasada multikategorialności (*multiple parenting*) sprawi, że standardy kodowania daggerem/gwiazdką staną się zbędne (WHO ICD Nota weryfikująca nr 18). „Wskaźniki grupujące” mogą pozwolić na grupowe kodowanie przyczyn choroby, tak by sposób lub mechanizm szkodliwości był połączony z każdą przyczyną choroby i poniesioną krzywdą, na „grupowanie” całego obrazu choroby z pojedynczą cyfrą na końcu złożonego, rozszerzonego kodu, co łączy dotychczas-

we kodowanie wielokrotne w jeden kod („wskaźnik grupujący”). Skutkiem tego są zrestrukturyzowane, ulepszone zestawy kodów [37] – w momencie pisania tej opinii wstępne narzędzie kodowania zostało dostarczone przez WHO online (http://apps.who.int/classifications/icd11/ct/icd11beta_jlms/en/2016-08-02#/, dostęp: 22.12.2016). Podobnie jak w ICD-10 kody wykluczenia i włączenia podane są w obu wersjach: podstawowej i linearnej.

Tabela 13. Wersja beta ICD-11, Wersja linearna dla statystyk zachorowalności i śmiertelności: Klasyfikacja grup kodów dla zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania

Grupy kodów ICD-11*	Grupy
06	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania
6A0(x)**	Zaburzenia neurorozwojowe
6A5(x), 6A6(x)	Schizofrenia i inne zaburzenia psychotyczne pierwotne
6A7(x), 6A8(x), 6B0(x)	Zaburzenia nastroju
6B1(x)	Zaburzenia lękowe i inne zaburzenia związane ze strachem
6B2(x)	Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne i inne współwystępujące zaburzenia
6B3(x)	Zaburzenia związane ze stresem
6B4(x)	Zaburzenia dysocjacyjne
6B5(x)	Zaburzenia związane z dystresem cielesnym
6B6(x)	Zaburzenia żywienia i zaburzenia odżywiania
6B7(x)	Zaburzenia wydalania
6B8(x), 6B9(x), 6C0(x)-6C9(x), 6D0(x)-6D7(x)	Zaburzenia spowodowane użyciem substancji psychoaktywnych lub zachowaniami uzależniającymi
6D8(x)	Zaburzenia kontroli impulsów
6D9(x)	Zachowania destrukcyjne i zaburzenia dysocjalne (aspołeczne)
6E0(x), 6E1(x)	Zaburzenia osobowości i inne związane z nimi cechy
6E2(x)	Zaburzenia dewiacyjne
6E3(x)	Zaburzenia pozorowane
6E4(x)	Zaburzenia neuropoznawcze
6E5(x)	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z ciążą, porodem i pójciem, nigdzie indziej niesklasyfikowane
6E6(x)	Wtórne zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania związane z zaburzeniami lub chorobami sklasyfikowanymi gdzie indziej
6E8Y	Inne określone zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania
6E8Z	Zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania, nieokreślone

* <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f696956921>.

** (x) został zastosowany w celu zaznaczenia, że dalsze subkody odnoszą się do jednostek diagnostycznych zawartych w tej grupie.

Omówienie

Struktura, kategorie i definicje zaproponowane dla rozdziału ICD-11 dotyczącego zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania są ogólnodostępne w internecie na platformie ICD-11 beta (<http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/f/en>) i otwarte na dyskusję i komentarze ze strony zarejestrowanych użytkowników. Ponadto WHO założyła globalną sieć praktyki klinicznej składającą się z prawie 13 000 międzynarodowych specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego i podstawowej opieki zdrowotnej z ponad 150 krajów, zwaną Global Clinical Practice Network (GCPN). Jest to sieć dla osób zainteresowanych udziałem w internetowych badaniach lub uzyskaniem bardziej szczegółowych informacji na temat wytycznych klinicznych i diagnostycznych lub innych aspektów procesu rewizji [4]. Zainteresowani czytelnicy z zagranicy mogą stać się członkami tej sieci poprzez rejestrację w jednym z dziewięciu języków na stronie <https://gcp.network>. Bardziej szczegółowe wytyczne diagnostyczne dla wielu grup zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania są dostępne do wglądu i komentarzy dla członków GCPN na tej platformie internetowej, natomiast dodatkowe wytyczne zostaną opublikowane w najbliższych miesiącach. Ostatecznie bardziej szczegółowe wytyczne zostaną również udostępnione do wglądu publicznego.

Jak pokazały doświadczenia z badaniami kształtującymi, istnieją różnice w opiniach na temat wykorzystania kryteriów klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, natomiast nadal istnieje kluczowe porozumienie dotyczące konieczności zbudowania systemu, który będzie klinicznie użyteczny, odpowiednio elastyczny i niezbyt złożony. Obecnie, choć poczyniono znaczne uproszczenia w niektórych obszarach (analizowanych powyżej), liczba kategorii w poszczególnych obszarach, takich jak „Zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych”, jest nadal dość wysoka, a rozważanie większego usprawnienia prezentacji może być uzasadnione. Wprowadzenie specyfikatorów objawu, leczenia i innych specyfikatorów w kilku miejscach wydaje się rozsądną metodą uzyskania większej „wymiarowości” klasyfikacji, ale może to również zwiększyć złożoność całego systemu. Ponadto, choć pewne zmiany dokonywane były we właściwym czasie, jak depatologizacja „zaburzeń” orientacji seksualnej, inne innowacje mogą być bardziej kontrowersyjne, a przez to wymagające dalszej oceny w badaniach. Niektóre punkty, takie jak decyzja o niewprowadzaniu do ICD-11 zespołu łagodnych objawów psychotycznych, który pojawił się w DSM-5, wymagają wyjaśnienia w przyszłych badaniach. Ostatnie badania pokazują, że kryteria badawcze DSM-5 dla tego zespołu mogą wykluczyć niektóre osoby będące w procesie opieki zdrowotnej, i tym samym zwracają uwagę na to, jak trudne może być znalezienie równowagi pomiędzy definicjami, które uwzględniają zbyt mało lub zbyt dużo informacji klinicznych o niedawno zdefiniowanych klinicznie istotnych zespołach [38]. Z tego powodu w tym oraz w innych obszarach klasyfikacji przyszłe badania mogą przyczynić się do poprawy obecnych kryteriów poprzez ich stosowanie w badaniach klinicznych na dużą skalę, obejmujących wskaźniki przypadków zidentyfikowanych i potwierdzonych z wykorzystaniem dodatkowych kryteriów, takich jak „zewnętrzna walidacja”.

Zanim jednak badania „kliniczne” dostarczą ważnych informacji o klinicznej „łatwości użycia” i jakości dopasowania proponowanych wytycznych diagnostycznych ICD-11 w codziennej praktyce klinicznej, należy zintensyfikować wysiłki w celu poprawy klasyfikacji zaburzeń psychicznych poprzez wyjaśnienie etiopatogenezy zaburzeń psychicznych i dostarczenie obiektywnych (neurobiologicznych) narzędzi do ich oceny i procedur pomocnych w ich diagnozie oraz służących jako narzędzia „zewnętrznej walidacji”. Obecnie pojawiają się doniesienia wskazujące na kompleksowy obraz rozpoznania zaburzonego neuroprzewodzenia oddziałującego z czynnikami rozwojowymi, genetycznymi i środowiskowymi i aby umożliwić wykorzystanie tych odkryć w celach klinicznych, prawdopodobnie potrzebne będzie opracowanie bardzo zaawansowanych technologii [19]. Do czasu, aż powstaną takie wyrafinowane narzędzia i metody, klasyfikacje kliniczne zawarte w rozdziale ICD-11 dotyczącym zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania będą przydatne do identyfikacji osób, które mogą potrzebować opieki psychiatrycznej i będą stanowić podstawę krajowych systemów opieki zdrowotnej w celu zapewnienia niezbędnych usług.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują, że badanie nie było sponsorowane. Autorzy deklarują brak konfliktu interesów w odniesieniu do treści niniejszego badania.

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. First MB, Reed GM, Hyman SE, Saxena S. *The development of the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders*. World Psychiatry 2015; 14: 82–90.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Arlington: American Psychiatric Association Publishing; 2013.
4. Reed GM, Rebello TJ, Pike KM, Medina-Mora ME, Gureje O, Zhao M i wsp. *WHO's Global Clinical Practice Network for mental health*. Lancet Psychiat. 2015; 2: 379–380.
5. Keeley JW, Reed GM, Roberts MC, Evans SC, Medina-Mora ME, Robles R i wsp. *Developing a science of clinical utility in diagnostic classification systems field study strategies for ICD-11 mental and behavioral disorders*. Am. Psychol. 2016; 71: 3–16.
6. Keeley JW, Reed GM, Roberts MC, Evans SC, Robles R, Matsumoto C i wsp. *Disorders specifically associated with stress: A case-controlled field study for ICD-11 Mental and Behavioural Disorders*. Int. J. Clin. Health Psych. 2016; 16: 109–127.
7. Reed GM, Drescher J, Krueger RB, Atalla E, Cochran SD, First MB i wsp. *Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: Revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations*. World Psychiatry 2016; 15: 205–221.
8. 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.

9. Zielasek J, Freyberger HJ, Jänner M, Kapfhammer HP, Sartorius N, Stieglitz RD i wsp. *Assessing the opinions and experiences of German-speaking psychiatrists regarding necessary changes for the 11th revision of the mental disorders chapter of the International Classification of Disorders (ICD-11)*. Eur. Psychiat. 2010; 25: 437–442.
10. Dai Y, Yu X, Xiao Z, Xu Y, Zhao M, Correia JM i wsp. *Comparison of Chinese and international psychiatrists' views on classification of mental disorders*. Asia-Pac. Psychiat. 2014; 6: 267–273.
11. Avasthi A, Grover S, Maj M, Reed G, Thirunavukarasu M, Garg UC. *Indian Psychiatric Society – World Psychiatric Association – World Health Organization survey on usefulness of International Classification of Diseases – 10*. Indian Journal of Psychiatry 2014; 56: 350–358.
12. 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.
13. Maercker A, Reed GM, Watts A, Lalor J, Perkonigg A. *What do psychologists think about classificatory diagnostics: the WHO-IUPsyS-survey in Germany and Switzerland in preparation for the ICD-11*. Psychother. Psych. Med. Psychol. 2014; 64: 315–321.
14. 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. Psychiatr. 2012; 24: 578–590.
15. Reed GM, Roberts MC, Keeley J, Hoopell 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.
16. Kogan CS, Stein DJ, Maj M, First MB, Emmelkamp PMG, Reed GM. *The classification of anxiety and fear-related disorders in the ICD-11*. Depress. Anxiety 2016; 33: 1141–1154.
17. Bertelli MO, Munir K, Harris J, Salvador-Carulla L. *“Intellectual developmental disorders”: reflections on the international consensus document for redefining “mental retardation-intellectual disability” in ICD-11*. Adv. Ment. Health Intellect. Disabil. 2016; 10: 36–58.
18. Gaebel W, Zielasek J, Cleveland HR. *Classifying psychosis-challenges and opportunities*. Int. Rev. Psychiatr. 2012; 24: 538–548.
19. Gaebel W, Zielasek J. *Schizophrenia in 2020: Trends in diagnosis and therapy*. Eur. Arch. Psych. Clin. N. 2015; 69: 661–673.
20. Stein DJ, Kogan CS, Atmaca M, Fineberg NA, Fontenelle LF, Grant JE i wsp. *The classification of obsessive-compulsive and related disorders in the ICD-11*. J. Affect. Disorders 2016; 190: 663–674.
21. Simpson HB, Reddy YC. *Obsessive-compulsive disorder for ICD-11: proposed changes to the diagnostic guidelines and specifiers*. Rev. Bras. Psiquiatr. 2014; 36 Suppl. 1: 3–13.
22. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA, Cloitre M, Ommeren M van, Jones LM i wsp. *Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11*. World Psychiatry 2013; 12: 198–206.
23. Gureje O. *Classification of somatic syndromes in ICD-11*. Curr. Opin. Psychiatr. 2015; 28: 345–349.
24. Uher R, Rutter M. *Classification of feeding and eating disorders: review of evidence and proposals for ICD-11*. World Psychiatry 2012; 11: 80–92.
25. Al-Adawi S, Bax B, Bryant-Waugh R, Claudino AM, Hay P, Monteleone P i wsp. *Revision of ICD – status update on feeding and eating disorders*. Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice 2013; 1: 10–20.
26. Mann K, Fauth-Bühler M, Higuchi S, Potenza MN, Saunders JB. *Pathological gambling: A behavioral addiction*. World Psychiatry 2016; 15: 297–298.

27. Grant JE, Atmaca M, Fineberg NA, Fontenelle LF, Matsunaga H, Janardhan Reddy YC i wsp. *Impulse control disorders and "behavioural addictions" in the ICD-11*. World Psychiatry 2014; 13: 125–127.
28. Grant JE, Stein DJ. *Body-focused repetitive behavior disorders in ICD-11*. Rev. Bras. Psiquiatr. 2014; 36 Suppl. 1: 59–64.
29. Lochman JE, Evans SC, Burke JD, Roberts MC, Fite PJ, Reed GM i wsp. *An empirically based alternative to DSM-5's disruptive mood dysregulation disorder for ICD-11*. World Psychiatry 2015; 14: 30–33.
30. Evans SC, Burke JD, Roberts MC, Fite PJ, Lochman JE, Pena FR de la i wsp. *Irritability in child and adolescent psychopathology: An integrative review for ICD-11*. Clin. Psychol. Rev. 2017 (in press).
31. Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. *Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder*. Lancet 2015; 385: 717–726.
32. Cochran SD, Drescher J, Kismödi E, Giami A, García-Moreno C, Atalla E i wsp. *Proposed declassification of disease categories related to sexual orientation in the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11)*. B. World Health Organ. 2014; 92: 672–679.
33. Drescher J, Cohen-Kettenis P, Winter S. *Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11*. Int. Rev. Psychiatr. 2012; 24: 568–577.
34. Drescher J, Cohen-Kettenis PT, Reed GM. *Gender incongruence of childhood in the ICD-11: Controversies, proposal, and rationale*. Lancet Psychiat. 2016; 3: 297–304.
35. Robles R, Fréсан A, Vega-Ramírez H, Cruz-Islas J, Rodríguez-Pérez V, Domínguez-Martínez T. *Removing transgender identity from the classification of mental disorders: A Mexican field study for ICD-11*. Lancet Psychiat. 2016; 3: 850–859.
36. American Academy of Sleep Medicine. *International Classification of Sleep Disorders*. 3rd ed. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2014.
37. Ghali WA, Pincus HA, Southern DA, Brien SE, Romano PS, Burnand B i wsp. *ICD-11 for quality and safety: overview of the WHO quality and safety topic advisory group*. Int. J. Qual. Health C. 2013; 25: 621–625.
38. Schultze-Lutter F, Michel C, Ruhrmann S, Schimmelmann BG. *Prevalence and clinical significance of DSM-5-attenuated psychosis syndrome in adolescents and young adults in the general population: the Bern Epidemiological At-Risk (BEAR) study*. Schizophrenia Bull. 2014; 40: 1499–1508.

Adres: Wolfgang Gaebel
Dept. of Psychiatry and Psychotherapy
LVR-Klinikum Düsseldorf
Bergische Landstr. 2
D-40629 Düsseldorf, Germany

Otrzymano: 11.03.2017
Zrecenzowano: 20.03.2017
Przyjęto do druku: 20.03.2017

przetłumaczyła: K. Cyranka