

## **ICD-11 – Projekt wytycznych diagnostycznych dla zaburzeń psychicznych: raport dla członków WPA**

### **ICD-11 – Draft diagnostic guidelines for mental disorders: A report for WPA Membership**

Gaia Sampogna

WHO Collaborating Center for Research and Training in Mental Health,  
University of Naples SUN, Neapol, Włochy

#### **Summary**

The 11<sup>th</sup> edition of the International Classification of Diseases (ICD-11) is scheduled for approval by the World Health Assembly in May 2018. The chapter on mental disorders is currently under development. A draft of the clinical descriptions and diagnostic guidelines for all the disorders has been produced by the relevant Working Groups. A simplified version of the diagnostic guidelines for some disorders (i.e., schizophrenia and other primary psychotic disorders, mood disorders, anxiety disorders, disorders specifically associated with stress, and feeding and eating disorders) has been made available for use in the field studies of the classification. For all the other sections of the chapter on mental disorders, a brief general definition and sometimes a description of some of the included disorders can be found on the ICD-11 beta platform. In the present article, we summarize the content of the various sections of the classification on the basis of the available documents, with the warning that some of the elements of these sections may still be subject to revision.

**Słowa kluczowe:** ICD-11, wytyczne diagnostyczne

**Key words:** ICD-11, diagnostic guidelines

W maju 2018 roku Światowa Organizacja Zdrowia ma zatwierdzić 11. wydanie Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-11). Rozdział poświęcony zaburzeniom psychicznym i zaburzeniom behawioralnym będzie obejmował następujące grupy: zaburzenia neurorozwojowe; schizofrenia i inne zaburzenia psychotyczne; zaburzenia nastroju; lęki i zaburzenia związane z lękiem, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne i pokrewne; zaburzenia związane ze stresem; zaburzenia dysocjacyjne; zaburzenia somatyzacyjne; zaburzenia odżywiania i jedzenia; zaburzenia

wydalania; zaburzenia związane ze stosowaniem substancji psychoaktywnych; zaburzenia kontroli impulsów; zaburzenia zachowania; zaburzenia osobowości; parafilie; zaburzenia pozorowane; zaburzenia neuropoznawcze; zaburzenia psychiczne i behawioralne spowodowane współwystępowaniem zaburzeń lub chorób sklasyfikowanych gdzie indziej.

Zaburzenia snu i czuwania oraz zaburzenia związane ze zdrowiem seksualnym nie zostaną zamieszczone w rozdziale dotyczącym zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, tylko w osobnych rozdziałach klasyfikacji. Taką decyzję podjęto, aby przezwyciężyć uznane za nieaktualne w ICD-10 rozróżnienie między „organicznymi” i „nieorganicznymi” zaburzeniami snu (włączonymi odpowiednio do rozdziałów dotyczących chorób układu nerwowego i zaburzeń psychicznych i behawioralnych) oraz pomiędzy „organicznymi” i „nieorganicznymi” zaburzeniami seksualnymi (włączonymi odpowiednio do rozdziałów dotyczących chorób układu moczowo-płciowego oraz zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania). Proponowane wytyczne diagnostyczne ICD-11 dzielą dysfunkcje seksualne na cztery główne grupy: (1) dysfunkcje pożądania seksualnego i dysfunkcje pobudzenia; (2) dysfunkcje orgazmu; (3) dysfunkcje ejakulacji i (4) inne określone dysfunkcje seksualne. Warunki, które określały zaburzenia tożsamości płciowej w ICD-10, zostały zrewidowane i opisane jako „niezgodność ze względu na płeć”, a także zaproponowano przeniesienie ich do nowego rozdziału z zakresu zdrowia seksualnego. Zalecono, aby kategorie ICD-10 dotyczące orientacji seksualnej zostały usunięte z ICD-11 [1–4].

Dla każdego zaburzenia włączonego do wyżej wymienionych grup opisy kliniczne ICD-11 i wytyczne diagnostyczne zapewnią: a) krótką definicję (100–125 słów); b) wykaz warunków włączenia i wykluczenia; c) opis najważniejszych (wymaganych) cech, tzn. tych cech, które klinicysta może znaleźć we wszystkich przypadkach zaburzenia; d) wytyczne odnośnie różnicowania zaburzeń i pewnych istotnych „normalnych” warunków („granica z normalnością”); e) wykaz zaburzeń, które należy odróżnić od opisanego i wskazówki co do sposobu diagnozy różnicowej („granica z innymi zaburzeniami” – diagnoza różnicowa); f) zakodowane kwalifikatory i podtypy; g) klinicznie istotne informacje dotyczące typowego przebiegu („cechy przebiegu”); h) „związane z nimi manifestacje kliniczne” (tj. klinicznie ważne stany, często związane z zaburzeniem, które mogą wymagać odrębnej oceny i leczenia); i) cechy związane z kulturą; j) manifestacje rozwojowe (tj. opis zaburzenia w zależności od etapu rozwojowego jednostki, w tym dzieciństwa, adolescencji i osób w podeszłym wieku); k) cechy związane z płcią [5].

Projekt opisów klinicznych ICD-11 oraz wytycznych diagnostycznych został przygotowany przez odpowiednie grupy robocze w odniesieniu do wszystkich zaburzeń wymienionych w wyżej wspomnianych grupach [6]. Dla badań terenowych ICD-11 opracowano uproszczony projekt wytycznych [7]. Ten uproszczony projekt zawiera krótką definicję dla każdego zaburzenia, opis najważniejszych (wymaganych) cech, różnicowanie pomiędzy innymi zaburzeniami i zdrowiem oraz opis najczęstszych powiązanych cech. W przypadku niektórych zaburzeń dostępne są kwalifikatory lub podtypy. Obecnie ta uproszczona wersja opisów klinicznych i wytycznych diagnostycznych jest dostępna dla schizofrenii i innych pierwotnych zaburzeń psychotycz-

nych, zaburzeń nastroju, zaburzeń lękowych, zaburzeń związanych ze stresem oraz zaburzeń odżywiania i jedzenia. Dla wszystkich innych grup krótką ogólną definicję, a czasami opis niektórych zaburzeń wchodzących w skład grupy, można znaleźć na platformie ICD-11 beta [8, 9].

Wszystkie te materiały nie są uważane za ostateczne. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zachęca do zgłaszania komentarzy i sugestii z poszczególnych dziedzin [5, 7]. W tym celu WHO utworzyła platformę internetową o nazwie GCP.Network (Global Clinical Practice Network), dostępną dla wszystkich członków GCP. Sieć ta może obejmować wszystkich pracowników zajmujących się zdrowiem psychicznym lub podstawową opieką zdrowotną, którzy są prawnie upoważnieni w swoich krajach do świadczenia usług osobom cierpiącym na zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania. Obecnie sieć składa się z ponad 12600 zarejestrowanych użytkowników – pracowników z zakresu psychiatrii i opieki podstawowej z niemal 150 krajów, z czego ponad połowa to psychiatry [7] (zob. <http://gcp.network>; rejestracja w jednym z dziewięciu języków). W dalszych podrozdziałach niniejszego artykułu, opierając się na dostępnych materiałach, przedstawiamy wybrane informacje na temat najnowszego projektu opisów klinicznych i wytycznych diagnostycznych ICD-11, przy czym niektóre jego aspekty mogą ulec jeszcze weryfikacji, także na podstawie wyników trwających badań terenowych.

W projekcie ICD-11 nazwą „Schizofrenia i inne pierwotne zaburzenia psychotyczne” opatrzone grupę ICD-10: „Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe”. W projekcie ICD-11 diagnoza schizofrenii wymaga obecności dwóch z listy siedmiu objawów, z których co najmniej jeden musi być urojeniem, omamem, zdezorganizowanym myśleniem lub doświadczeniem wpływów, biernością lub kontroli. Podtypy schizofrenii opisane w ICD-10 się nie pojawiają się już z powodu dowodów, że często zmieniają się w czasie i nie są użyteczne w celach prognostycznych lub terapeutycznych. Wprowadzono kwalifikatory przebiegu w celu określenia epizodyczności (pierwszy epizod, wielokrotne epizody, stały przebieg) i aktualnego stanu objawowego (pełnoobjawowość, częściowa remisja, pełna remisja). Dostępne są również kwalifikatory objawów umożliwiające klinicystom określenie stopnia nasilenia objawów w każdym z sześciu obszarów, takich jak: objawy pozytywne, negatywne, objawy depresyjne, nastrój maniackalny, objawy psychomotoryczne i objawy poznawcze. Definicja zaburzenia schizofrenii pozostała w dużej mierze niezmienną – wciąż wymaga się, aby dana osoba spełniała wytyczne diagnostyczne dotyczące schizofrenii i epizodu zaburzenia nastroju (depresyjnego, maniackalnego lub mieszanego), bez specyfikacji dotyczących względnego czasu trwania objawów psychotycznych i zaburzeń nastroju zawartych w DSM-5 [10, 11]. W sekcji „Granica z innymi zaburzeniami i normalnością” diagnoza różnicowa określa granicę między schizofrenią a objawami psychotycznymi występującymi w populacji ogólnej (więcej na ten temat zob. [12–15]). W projekcie ICD-11 nie ma wzmianki na temat „zespołu łagodnych objawów psychotycznych”, który pojawia się w sekcji III DSM-5 (więcej zob. [16–19]).

Jeśli chodzi o grupę dotyczącą zaburzeń nastroju, w projekcie ICD-11 zaburzenie afektywne dwubiegunowe II uznawane jest za odmienną jednostkę diagnostyczną (podczas gdy w ICD-10 wymieniono tylko „inne zaburzenia afektywne dwubieguno-

we”). Zwiększona aktywność lub subiektywne doświadczenie zwiększonej aktywności stają się warunkiem wstępnym diagnozowania epizodu maniakalnego, podobnie jak w DSM-5. Uznaje się, że zespół maniakalny lub hipomaniakalny pojawiający się podczas leczenia przeciwdepresyjnego i wykraczający poza fizjologiczny efekt tego leczenia kwalifikuje się do rozpoznania epizodów manii/hipomanii. W przeciwieństwie do DSM-5 utrzymuje się kategorię mieszanego epizodu, o której decyduje obecność znaczących objawów manii i depresji trwających równolegle co najmniej dwa tygodnie. Objawy obu biegunów mogą występować jednocześnie lub zamiennie bardzo szybko z dnia na dzień lub w tym samym dniu. Stwierdzono, że gdy objawy depresyjne dominują w odmianie mieszanej, powszechne objawy przeciwnego bieguna to drażliwość, goniwa lub natłok myśli, zwiększona rozmowność i pobudzenie psychomotoryczne [20]. Tę rozbieżność z DSM-5 potwierdzono niedawno empirycznie, wskazując, że definicja DSM-5 „dużej depresji o mieszanych cechach” nie pozwala zrozumieć istoty mieszanej depresji, jak opisano w pracach [21, 22].

W projekcie ICD-11 przyjęto, że powszechnym sposobem wyrażania żalu, zgodnym z normatywną odpowiedzią na utratę bliskiej osoby w kontekście religijnym i kulturowym, mogą być objawy depresyjne i taka sytuacja nie uzasadnia rozpoznania epizodu depresyjnego. Podkreśla się jednak, że epizod depresyjny może być nałożony na normatywne przeżywanie żałoby [23]. Opracowano wskazówki pozwalające rozpoznać obecność epizodu depresyjnego podczas okresu żałoby. ICD-11 nie będzie zgodna z DSM-5, jeśli chodzi o wprowadzenie nowej kategorii zaburzeń deregulacji nastrojów – specyficzne zaburzenie „przewlekła drażliwość lub złość” zostanie dodane do kategorii zaburzenie opozycyjno-buntownicze [24].

W projekcie ICD-11 zaburzenia obsesyjno-kompulsywne i zaburzenia związane ze stresem zostały oddzielone od lęku i zaburzeń związanych z lękiem, podczas gdy dwa zaburzenia wieku dziecięcego zostały przeniesione do tej ostatniej grupy, tj. obejmującej lęk separacyjny i mutyzm wybiórczy [25, 26]. Zaburzenia lękowe separacyjne mogą być teraz diagnozowane zarówno u dorosłych, jak i u dzieci (zob. [27]). Uogólnione zaburzenie lękowe nie jest już diagnozą stawianą na zasadzie wykluczenia objawów, ale ma bardziej rozwinięty zestaw istotnych cech, w tym znaczące objawy lęku, którym towarzyszy ogólna obawa czy martwienie się negatywnymi zdarzeniami występującymi w kilku różnych aspektach życia codziennego. W projekcie ICD-11 występują dodatkowe objawy towarzyszące odczuwaniu obawy lub niepokoju, takie jak napięcie mięśni i nadmierna aktywność układu autonomicznego. Agorafobia nie jest już uważana za jednostkę pierwotną w stosunku do lęku panicznego; oba zaburzenia mogą być diagnozowane oddzielnie lub razem. Społeczne zaburzenie lękowe zastępuje diagnozę fobii społecznej z ICD-10, pojawiają się też wskazówki dotyczące różnicowania tego zaburzenia od normalnych obaw związanych z wiekiem.

Nowa grupa zaburzeń związanych ze stresem obejmuje zaburzenia, które bezpośrednio wynikają z narażenia na stresujące lub traumatyczne zdarzenia bądź na serię takich zdarzeń albo niekorzystnych doświadczeń. W grupie tej znalazły się zaburzenia stresu pourazowego, złożone zaburzenia stresu pourazowego, zespół przedłużającej się żałoby, zaburzenia adaptacyjne i inne zaburzenia związane ze stresem. Ostra reakcja na stres nie jest uważana za zaburzenie psychiczne i pojawia się w ICD-11 w sekcji

dotyczącej sytuacji wymagającej postępowania klinicznego bez stwierdzenia choroby lub zaburzenia. Kategoria złożonego zaburzenia stresu pourazowego, nieobecna w ICD-10 ani DSM-5, charakteryzuje się trzema podstawowymi elementami, takimi jak: 1) uporczywe przeżywanie wydarzenia traumatycznego (w uporczywie nawracających wspomnieniach i snach), 2) wyraźne unikanie bodźców, które mogłyby przypomnieć uraz i 3) trwałe postrzeganie bieżącego zagrożenia; do tego dochodzą objawy towarzyszące – poważne i stałe trudności z regulacją afektu, związane z przeżywaniem wydarzenia traumatycznego; trwałe przekonanie o sobie jako jednostce mało znaczącej, pokonanej, bezwartościowej oraz trwałe trudności w utrzymywaniu relacji i poczuciu bliskości z innymi. Zespół przewlekłej żałoby, nieobecny w ICD-10 i odpowiadający „zespółowi przewlekłej żałoby” zawartemu w sekcji III DSM-5, charakteryzuje się reakcją wszechogarniającego smutku z powodu utraty, utrzymującą się przez długi okres, wyraźnie przekraczającą oczekiwane normy społeczne lub religijne właściwe dla kultury i kontekstu jednostki, powodującą znaczne upośledzenie funkcjonowania społecznego [28–33].

Grupa zaburzeń odżywiania i jedzenia, wiążących się z nieprawidłowymi zachowaniami żywieniowymi lub jedzenia, które nie są spowodowane innym schorzeniem i nie są adekwatne w stosunku do fazy rozwoju i nawyków społecznych, obejmuje nową kategorię – zaburzenia unikania/ograniczenia przyjmowania jedzenia, którego podstawowe wyznaczniki to unikanie lub ograniczenie spożycia pokarmu, charakteryzujące się spożywaniem niewystarczającej ilości żywności lub spożywaniem żywności nie dość zróżnicowanej, aby mogły być spełnione odpowiednie wymagania energetyczne lub odżywcze dla danej osoby. Prowadzi do znacznej utraty wagi (lub niemożności odpowiedniego nabierania wagi) lub wywiera inny wpływ na zdrowie fizyczne, co znajduje odzwierciedlenie w zainteresowaniu masą ciała, figurą lub w silnym zniekształceniu obrazu ciała. W kategorii anoreksji, w której ciężka niedowaga jest ważnym czynnikiem prognostycznym związanym z wysokim ryzykiem wystąpienia powikłań fizycznych i wysoką śmiertelnością, kwalifikatory „znacząco mała masa ciała” i „niebezpiecznie mała masa ciała” odnoszą się do wartości indeksu masy ciała. Proponowana definicja napadów jedzenia w diagnozie bulimii i patologicznym objadaniu się obejmuje epizod, podczas którego osoba doświadcza utraty kontroli nad jedzeniem, spożywa go znacznie więcej niż zwykle, a także czuje, że nie może przestać jeść lub ograniczać rodzaju bądź ilości spożywanej żywności. Zatem nie jest konieczne spożywanie obiektywnie dużej ilości żywności podczas epizodów objadania się, ale już subiektywnie duża ilość lub nieprawidłowy rodzaj żywności w kontekście utraty kontroli wystarczy, aby spełnić kryteria tej diagnozy [34].

Zaburzenia somatyczne w projekcie ICD-11 zostały określone poprzez występowanie przykrych dla jednostki objawów fizycznych, które sprawiają, że nadmiernie koncentruje ona na nich uwagę, co może się przejawiać na przykład powtarzającym się kontaktem z przedstawicielami służby zdrowia. Jeśli stan zdrowia przyczynia się do nasilenia objawów, stopień uwagi jest wyraźnie nadmierny w stosunku do natury i postępu choroby. Nadmierna uwaga nie ulega zmniejszeniu po przeprowadzeniu odpowiednich badań klinicznych oraz po uzyskaniu zapewnienia co do stanu zdrowia. Objawy fizyczne i wynikające z nich nieprzyjemności są trwałe i są związane ze

znacznym upośledzeniem funkcjonowania. Zatem rozróżnienie pomiędzy medycznie wyjaśnionymi i niewyjaśnionymi skargami somatycznymi zostaje zniesione, a problem – krytykowany w ICD-10 – polegający na definiowaniu zaburzeń somatyzacyjnych na podstawie braku obecności cechy (fizycznej lub medycznej przyczyny) został rozwiązany przez określenie cech, które muszą wystąpić, takich jak dystres, nadmierna koncentracja myśli na objawach czy przesadne zachowania [35].

Zaburzenia kontroli impulsów scharakteryzowano na platformie beta ICD-11 jako powtarzające się niepowodzenie w powstrzymaniu impulsów, pragnienie, aby wykonać działanie, które daje chwilową satysfakcję przynajmniej w krótkim czasie, mimo długotrwałej szkody, jaką ostatecznie wywoła. Wzorec zachowania powoduje znaczne pogorszenie lub upośledzenie w zakresie funkcjonowania w życiu osobistym, rodzinnym, społecznym, edukacyjnym, zawodowym lub w innych ważnych obszarach. Patologiczny hazard w ICD-11 zostanie włączony do tej właśnie grupy, zamiast do kategorii uzależnień jak w DSM-5 (zob. [36, 37]). Na platformie beta ICD-11 zaburzenia osobowości definiuje się jako stosunkowo trwałe zakłócenia w sposobie, w jaki jednostka doświadcza i interpretuje siebie, innych i świat, co przekłada się na nieadekwatne wzorce poznawcze, przeżywania, ekspresji emocji i zachowania. Te nieadekwatne wzorce są względnie nieelastyczne i są związane z poważnymi problemami w funkcjonowaniu psychospołecznym, szczególnie zaś są widoczne w relacjach interpersonalnych. Najbardziej znaczącą zmianą w odniesieniu do ICD-10 i DSM-5 jest zniesienie poszczególnych kategorii zaburzeń osobowości, a podstawowej klasyfikacji dokonuje się na podstawie nasilenia konkretnych cech. System kategorii jest zastępowany przez system domen cech monotypowych (nieprzywiązany, aspołeczny, nieprzystosowany, napięty, anankastyczny). Taki sposób kategoryzacji wciąż jest w trakcie opracowywania (zob. [38–41]).

Obecnie za pośrednictwem internetu i w klinikach prowadzi się badania, które mają na celu przetestowanie projektu ICD-11 pod kątem opisów klinicznych oraz wytycznych diagnostycznych odnośnie różnych zaburzeń [42, 43]. Badania internetowe wykorzystują metodologię winietowania przypadków, aby sprawdzić, jak podejmowane kliniczne decyzje mają się do wytycznych ICD-11, i są prowadzone poprzez Global Clinical Practice Network. Badania oparte na praktyce klinicznej mają za zadanie ocenę wiarygodności i użyteczności proponowanych wytycznych ICD-11 w kontekście klinicznym, w którym stosuje się klasyfikację, i są prowadzone za pośrednictwem Network of International Field Study Centres WHO.

Choć użyteczność kliniczna została określona jako główny cel poprzednich wersji ICD oraz DSM-III i jej następców [5, 44, 45], i często uważano ją za najwyższy priorytet w systemach diagnostycznych [46, 47] – aczkolwiek poglądy na ten temat były różne (np. [48–50]) – to w rzeczywistości jest to pierwszy taki przypadek, kiedy kliniczna użyteczność systemu diagnostyki psychiatrycznej jest systematycznie badana. W projekcie ICD-11 w opisie podstawowych (wymaganych) cech różnych zaburzeń psychicznych zazwyczaj brakuje konkretnych progów dotyczących liczby i czasu trwania objawów, co jest charakterystyczne dla DSM-III i jej następców. Zamiast tego wytyczne diagnostyczne mają na celu dostosowanie się do sposobu, w jaki psychiatrzy

faktycznie dokonują diagnoz w zwykłej praktyce, tj. poprzez elastyczne dokonywanie oceny klinicznej [5] (zob. również [51, 52]).

Rozważa się ponadto możliwość dialogu między procesem rewizji ICD a projektem Research Domain Criteria (RDoC) rozpoczętym przez amerykański Narodowy Instytut Zdrowia Psychicznego. Istotnie, główne cele obu projektów (tzn. poprawa klinicznej użyteczności diagnoz psychiatrycznych dla ICD, badanie w innowacyjny sposób etiopatogennych podstaw psychopatologii dla RDoC) można uznać za uzupełniające się, a wciąż można wiele zrobić, aby zmniejszyć przepaść istniejącą między konstruktami RDoC a zjawiskami klinicznymi, z którymi spotykają się psychiatrzy w swojej zwykłej praktyce, zwłaszcza w obszarze leczenia psychoz (zob. [53–59]).

### Piśmiennictwo

1. 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.
2. Chou D, Cottler S, Khosla R, Reed GM, Say L. *Sexual health in the International Classification of Diseases (ICD): Implications for measurement and beyond*. *Reprod. Health Matter*. 2015; 23: 185–192.
3. Drescher J. *Queer diagnoses revisited: The past and future of homosexuality and gender diagnoses in DSM and ICD*. *Int. Rev. Psychiatr.* 2015; 27: 386–395.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. Reed GM, First MB, Medina-Mora ME, Gureje O, Pike KM, Saxena S. *Draft diagnostic guidelines for ICD-11 mental and behavioural disorders available for review and comment*. *World Psychiatry* 2016; 15: 112–113.
8. Luciano M. *The ICD-11 beta draft is available online*. *World Psychiatry* 2015; 14: 375–376.
9. Sampogna G. *ICD-11 symposia at the World Congress of Psychiatry*. *World Psychiatry* 2015; 14: 110–112.
10. Gaebel W. *Status of psychotic disorders in ICD-11*. *Schizophrenia Bull.* 2012; 38: 895–898.
11. Gaebel W, Zielasek J, Falkai P. *Psychotic disorders in ICD-11*. *Die Psychiatrie* 2015; 12: 71–76.
12. van Os J, Reininghaus U. *Psychosis as a transdiagnostic and extended phenotype in the general population*. *World Psychiatry* 2016; 15: 118–124.
13. Lawrie SM. *Whether "psychosis" is best conceptualized as a continuum or in categories is an empirical, practical and political question*. *World Psychiatry* 2016; 15: 125–126.

14. Parnas J, Henriksen MG. *Epistemological error and the illusion of phenomenological continuity*. World Psychiatry 2016; 15: 126–127.
15. Tandon R. *Conceptualizing psychotic disorders: Don't throw the baby out with the bathwater*. World Psychiatry 2016; 15: 133–134.
16. Fusar-Poli P, Cappucciati M, Rutigliano G, Schultze-Lutter F, Bonoldi I, Borgwardt S i wsp. *At risk or not at risk? A meta-analysis of the prognostic accuracy of psychometric interviews for psychosis prediction*. World Psychiatry 2015; 14: 322–332.
17. Fusar-Poli P, Borgwardt S, Bechdolf A, Addington J, Riecher-Rössler A, Schultze-Lutter F i wsp. *The psychosis high-risk state: A comprehensive state-of-the-art review*. JAMA Psychiat. 2016; 70: 107–120.
18. Yung AR, Lin A. *Psychotic experiences and their significance*. World Psychiatry 2016; 15: 130–131.
19. Schimmelmann BG, Michel C, Martz-Irgartinger A, Linder C, Schultze-Lutter F. *Age matters in the prevalence and clinical significance of ultra-high-risk for psychosis symptoms and criteria in the general population: Findings from the BEAR and BEARS-Kid studies*. World Psychiatry 2015; 14: 189–197.
20. Maj M. *Mood disorders in ICD-11 and DSM-5. A brief overview*. Die Psychiatrie 2013; 10: 24–29.
21. Perlis RH, Cusin C, Fava M. *Proposed DSM-5 mixed features are associated with greater likelihood of remission in out-patients with major depressive disorder*. Psychol. Med. 2014; 44: 1361–1367.
22. Miller S, Suppes T, Mintz J, Hellemann G, Frye MA, McElroy SL i wsp. *Mixed depression in bipolar disorder: Prevalence rate and clinical correlates during naturalistic follow-up in the Stanley Bipolar Network*. Am. J. Psychiat. 2016; 173: 1015–1023.
23. Bolton JM, Au W, Chateau D, Walld R, Leslie WD, Enns J i wsp. *Bereavement after sibling death: a population-based longitudinal case-control study*. World Psychiatry 2016; 15: 59–66.
24. 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.
25. 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.
26. Stein DJ, Kogan CS, Atmaca M, Fineberg NA, Fontenelle LF, Grant J i wsp. *The classification of obsessive-compulsive disorders in the ICD-11*. J. Affect. Disorders 2016; 190: 663–674.
27. Silove D, Manicavasagar V, Pini S. *Can separation anxiety disorder escape its attachment to childhood?* World Psychiatry 2016; 15: 113–115.
28. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA, Cloitre M, Reed GM, van Ommeren M i wsp. *Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-II*. Lancet 2013; 381: 1683–1685.
29. Cloitre M, Garvert DW, Brewin CR, Bryant RA, Maercker A. *Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis*. Eur. J. Psychotraumatic 2013; 4: 20706.
30. Bryant RA. *Prolonged grief: Where to after Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition?* Curr. Opin. Psychiatr. 2014; 27: 21–26.
31. Glaesmer H, Romppel M, Brähler E, Hinz A, Maercker A. *Adjustment disorder as proposed for ICD-11: dimensionality and symptom differentiation*. Psychiatr. Res. 2015; 229(3): 940-8.
32. Maciejewski PK, Maercker A, Boelen PA, Prigerson HG. *“Prolonged grief disorder” and “persistent complex bereavement disorder”, but not “complicated grief”, are one and the same*



- diagnostic entity: An analysis of data from the Yale Bereavement Study.* World Psychiatry 2016; 15: 266–275.
33. 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.
  34. 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.* Adv. Eating Disord. 2013; 1: 10–20.
  35. Gureje O, Reed GM. *Bodily distress disorder in ICD-11: Problems and prospects.* World Psychiatry 2016; 15: 291–192.
  36. Grant JE, Atmaca M, Fineberg NA, Fontenelle LF, Matsunaga H, Reddy YCJ i wsp. *Impulse control disorders and “behavioural addictions”.* World Psychiatry 2014; 13: 125–127.
  37. Mann K, Fauth-Bühler M, Higuchi S, Potenza MN, Saunders JG. *Pathological gambling: A behavioral addiction.* World Psychiatry 2016; 15: 297–298.
  38. Tyrer P, Crawford M, Mulder R, on behalf of the ICD-11 Working Group for the Revision of Classification of Personality Disorders. *Reclassifying personality disorders.* Lancet 2011; 377: 1814–1815.
  39. Kim YR, Blashfield R, Tyrer P, Hwang ST, Lee HS. *Field trial of a putative research algorithm for diagnosing ICD-11 personality disorders in psychiatric patients: 1. Severity of personality disturbance.* Personal. Ment. Health. 2014; 8: 67–78.
  40. Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. *Classification, assessment, prevalence and effect of personality disorder.* Lancet 2015; 385: 717–726.
  41. Kim YR, Tyrer P, Lee HS, Kim SG, Hwang ST, Lee GY i wsp. *Preliminary field trial of a putative research algorithm for diagnosing ICD-11 personality disorders in psychiatric patients: 2. Proposed trait domains.* Personal. Ment. Health. 2015; 9: 298–307.
  42. Evans SC, Roberts MC, Keeley JW, Blossom JB, Amaro CM, Garcia AM i wsp. *Vignette methodologies for studying clinicians’s decision-making: Validity, utility, and application in ICD-11 field studies.* Int. J. Clin. Health Psychol. 2015; 15: 160–170.
  43. 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 behavioural disorders.* Am. Psychol. 2016; 71: 3–16.
  44. First MB. *Clinical utility in the revision of the Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (DSM).* Prof. Psychol. Res. Pr. 2010; 41: 465–473.
  45. First MB, Bhat V, Adler D, Dixon L, Goldman B, Koh S i wsp. *How do clinicians actually use the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders in clinical practice and why we need to know more.* J. Nerv. Ment. Dis. 2014; 202: 841–844.
  46. Jablensky A. *Psychiatric classifications: Validity and utility.* World Psychiatry 2016; 15: 26–31.
  47. Frances A. *A report card on the utility of psychiatric diagnosis.* World Psychiatry 2016; 15: 32–33.
  48. Wakefield JC. *Against utility.* World Psychiatry 2016; 15: 33–34.
  49. Ghaemi SN. *Utility without validity is useless.* World Psychiatry 2016; 15: 35–36.
  50. Bolton D. *We need science to be useful too.* World Psychiatry 2016; 15: 37–38.
  51. Parnas J, Bovet P. *Psychiatry made easy: Operation(al)ism and some of its consequences.* W: Kendler KS, Parnas J. red. *Philosophical issues in psychiatry III: The nature and sources of historical change.* Oxford: Oxford University Press; 2014: 190–212.
  52. Parnas J. *Differential diagnosis and current polythetic classification.* World Psychiatry 2015; 14: 284–287.

53. Berenbaum H. *Classification and psychopathology research*. J. Abnorm. Psychol. 2013; 122: 894–901.
54. Maj M. *Narrowing the gap between ICD/DSM and RDoC constructs: Possible steps and caveats*. World Psychiatry 2016; 15: 193–194.
55. Sharp C, Fowler JC, Salas R, Nielsen D, Allen J, Oldham J i wsp. *Operationalizing NIMH Research Domain Criteria (RDoC) in naturalistic clinical settings*. B. Menninger Clin. 2016; 80: 187–212.
56. Sanislow CA. *Updating the Research Domain Criteria*. World Psychiatry 2016; 15: 222–223.
57. Ivleva EI, Clementz BA, Dutcher AM, Arnold SJ, Jeon-Slaughter H, Aslan S i wsp. *Brain structure biomarkers in the psychosis biotypes: Findings from the Bipolar-Schizophrenia Network for Intermediate Phenotypes*. Biol. Psychiat. [w druku].
58. Sabharwal A, Szekely A, Kotov R, Mukherjee P, Leung HC, Barch DM i wsp. *Transdiagnostic neural markers of emotion-cognition interaction in psychotic disorders*. J. Abnorm. Psychol. 2016; 125: 907–922.
59. Frangou S, Schwarz E, Meyer-Lindenberg A, and the IMAGEMEND Consortium. *Identifying multimodal signatures associated with symptom clusters: the example of the IMAGEMEND project*. World Psychiatry 2016; 15: 179–180.

Adres: Gaia Sampogna  
WHO Collaborating Center for Research and Training in Mental Health,  
University of Naples SUN, Naples, Italy

Otrzymano: 11.01.2017

Zrecenzowano: 10.05.2017

Otrzymano po poprawie: 20.05.2017

Przyjęto do druku: 20.05.2017

Przetłumaczyła: K. Cyranka