

# Aktualności

Przekazuję Szanownym Czytelnikom „Psychiatrii Polskiej” poniższe opracowanie zawierające uwagi, jakie nasuwają się w Polskim Towarzystwie Psychiatrycznym w związku z szeroko prowadzoną kampanią uzgodnieniową związaną z przygotowaniem i wdrożeniem nowej klasyfikacji zaburzeń psychicznych ICD-11. Po raz pierwszy w historii prac nad międzynarodowymi klasyfikacjami zaburzeń psychicznych, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne wzięło w niej tak znaczący udział – co zostało zauważone w trakcie sesji poświęconej pracom nad klasyfikacją ICD-11, jaka odbyła się na Kongresie WPA w Buenos Aires we wrześniu 2011 roku. Chcemy przypomnieć podstawowe cele międzynarodowej klasyfikacji ICD oraz wskazać na te obszary tematyczne w projekcie ICD-11, które naszym zdaniem wskazują na słuszny kierunek rozwoju klasyfikacji, jak i na te, które wzbudzają kontrowersje.

Prof. nadzw. dr hab. n. med. **Janusz Heitzman**  
Prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

## Klasyfikacja zaburzeń psychicznych – koncepcyjne założenia ICD-11

### Classification of mental disorders – a conceptual framework for the ICD-11

Janusz Heitzman<sup>1,2,3</sup>, Bartosz Łoza<sup>1,4,5</sup>, Wojciech Kosmowski<sup>1,6</sup>

<sup>1</sup> Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

<sup>2</sup> Klinika Psychiatrii Sądowej IPiN

<sup>3</sup> Katedra Psychiatrii UJ CM

<sup>4</sup> Klinika Psychiatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

<sup>5</sup> Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia

<sup>6</sup> Katedra i Klinika Psychiatrii Collegium Medicum w Bydgoszczy  
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

#### Summary

The World Psychiatric Association (WPA) and World Health Organization (WHO) are currently engaging in the revision of the International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10). Polish Psychiatric Association (PPA) is participating in that process and the first step was an international survey of Polish psychiatrists expressing their experiences and concepts about the new ICD-11. The mission is to produce an international classification that is up to the contemporary challenge, is ready for electronic health records, serves as a standard for scientific comparability and facilitates communication in psychiatry. This is the review of works currently underway, including PPA members' tasks and efforts, regarding ICD-10 revision.

**Słowa kluczowe:** ICD-10, ICD-11, zaburzenia psychiczne

**Key words:** ICD-10, ICD-11, mental disorders

## Wstęp

Mija 20 lat od wprowadzenia ICD-10 - dziesiątej wersji międzynarodowej klasyfikacji chorób (ICD, International Classification of Diseases) [1]. Trwają prace nad stworzeniem nowej, jedenastej wersji. Jej ukazanie się jest zapowiadane na 2015 rok. Światowe Towarzystwo Psychiatryczne (WPA, World Psychiatric Association), we współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia (WHO, World Health Organization), podjęło się rewizji rozdziału V klasyfikacji, dotyczącego psychiatrii. Powstanie ICD-11 zostanie zrealizowane etapami:

- ICD-11 w wersji alfa („alpha draft”) powstaje od września 2009 roku i proces ten trwa nadal [2];
- ICD-11 w wersji beta („beta draft”) – prace nad nią powinny rozpocząć się w maju 2011 roku, ale proces opóźnia się;
- ICD-11 w wersji ostatecznej („final draft”) ma zostać przedstawiony do zatwierdzenia Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Assembly; WHA) w roku 2014;
- klasyfikacja ICD-11 powinna zostać wydana i praktycznie zastosowana w roku 2015.

Główny ciężar prac skoncentrowany jest w Departamencie Zdrowia Psychicznego i Nadużywania Substancji WHO w Genewie [3]. W tworzeniu ICD-11 uczestniczą różnego rodzaju komitety i grupy (kierujące, decyzyjne, robocze). Najważniejszą, merytoryczną rolę ma do odegrania Międzynarodowa Grupa Doradcza, działająca od roku 2007, którą kieruje Steven Hyman z USA, będący również członkiem zespołu opracowującego DSM-5.

Do działań tych mogą też przyłączać się psychiatrzy z całego świata. Pomagają w tym różnego rodzaju platformy internetowe, moderowane przez WHO i WPA, jak iCAT („Initial ICD-11 Collaborative Authoring Tool”) [4] oraz iCAMP („Innovative, Inclusive, Interactive & Intercultural Learning Campus”) sponsorowany przez Komisję Europejską [5]. Organizacja tych prac oparta jest na modelu społeczeństwa WEB 2,0, w ramach których duże grupy uczestników dialogu są na stałe zalogowane w procesie (tzw. extranet) i wspomagają na bieżąco proces powstawania klasyfikacji.

### Podstawowe założenia nowej klasyfikacji

Osoby i grupy uczestniczące w rewizji klasyfikacji stoją przed potrzebą zdefiniowania serii fundamentalnych dla ICD pojęć. Kolejnym zadaniem są rozstrzygnięcia merytoryczne i metodologiczne, które bezpośrednio wpływają na kształt klasyfikacji. W celu racjonalnej decyzji WHO i WPA prowadzi od lat własne analizy i badania. Otwarty jest dialog z rządami i organizacjami międzynarodowymi.

W obecnej fazie rozpoczęły się także bezpośrednio badania z udziałem psychiatrów, recenzujących kształt poszczególnych rozwiązań. Największe tego typu badanie zostało przeprowadzone w roku 2011 [6]. Jego autorami i światowymi koordynatorami są Geoffrey M. Reed, João Mendonça Correia, Patricia Esparza, Shekhar Saxena

i Mario Maj. Udział w nim wzięło 4887 psychiatrów z 44 krajów, którzy wypełnili wystandaryzowaną ankietę internetową. Składała się ona z przeglądu kluczowych dla nowej klasyfikacji zagadnień. Przy wsparciu PTP podjęto również działania na rzecz udziału w niej polskich psychiatrów; udział ten okazał się w kolejności siódmym (N = 206), najbardziej licznym na świecie [7]. Większość uczestników przeglądu pochodziła z regionu europejskiego (N = 2774); w tym regionie udział Polaków był w kolejności czwartym. Poza liczebnością, charakterystyka uczestników przedstawiała się następująco (w nawiasach dane dla Polski): wiek: 49,3 lat (41,7), mężczyźni/kobiety: 0,57 (0,48), liczba leczonych pacjentów/tydzień: 26,4 (35,4), doświadczenie: 16,0 lat pracy (9,7), wskaźnik udzielonych w ankiecie odpowiedzi 34% (43%). Polski wkład zaprezentowano w opracowaniu na temat opinii polskich psychiatrów o ICD-11 [7].

Ogół wymienionych badań odnosi się zarówno do praktycznych, jak i koncepcyjnych zagadnień nowej klasyfikacji ICD-11.

- Czym są zaburzenia psychiczne?

Wbrew różnym wątpliwościom, definicja formułowana w największych klasyfikacjach – międzynarodowej i amerykańskiej – jest podobna i od dawna stabilna; najprawdopodobniej nie ulegnie zmianie w ICD-11 [3]. O zaburzeniu psychicznym mówimy w przypadku wystąpienia zespołu czterech powiązanych zjawisk: objawów psychopatologicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń funkcjonowania i wewnętrznego distressu (=stresu patologicznego). Konserwatyzm jest w tym przypadku niezbędny, ponieważ nawet niewielka zmiana modyfikuje istotnie dane epidemiologiczne. Definicja powinna być użyteczna medycznie, badawczo, prawnie, ubezpieczeniowo oraz administracyjnie.

- Kto jest odbiorcą klasyfikacji?

Paradoksalnie, ze względu na ograniczony dostęp do psychiatrów na świecie, nawet w najbogatszych krajach, nie są oni i nie będą głównymi odbiorcami klasyfikacji zaburzeń psychicznych. Ogromna liczba profesjonalistów, od lekarzy pierwszego kontaktu po środowiskowych opiekunów, będzie użytkownikami ICD-11. Nie powinni oni doznawać wrażenia paternalizmu jakiejś szkoły czy tradycji psychiatrycznej, która byłaby konfrontacyjna z ich poglądami. Klasyfikacja nie powinna w szczególności popadać w medyczny paternalizm wobec pacjentów i ich opiekunów [3].

Odpowiedź, kto jest odbiorcą klasyfikacji, daje światowa ankieta [6], w której wyrażono nadzieję, że klasyfikacja będzie rozumiała nie tylko dla psychiatrów, ale też dla wszystkich profesjonalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym (95,1%), a także dla wszystkich uczestników świadczeń (100%). Dwie trzecie uczestników ankiety uznało, że głównym celem stosowania klasyfikacji jest porozumiewanie się pomiędzy profesjonalistami i zarządzanie klinicznymi decyzjami. Bez uzgodnienia wspólnego języka, jakim jest klasyfikacja międzynarodowa, świadczenia psychiatryczne nie mogłyby być udzielane. Z tym wiąże się przeświadczenie, że powinno dojść do zasadniczego zmniejszenia liczby kategorii diagnostycznych w klasyfikacji międzynarodowej: 86,6% psychiatrów chciałoby, żeby liczba kategorii zmniejszyła się poniżej 100, w tym 2/5 oczekuje wręcz redukcji do 10-30 pozycji. Tymczasem już

pierwsze wydanie międzynarodowej klasyfikacji zaburzeń psychicznych – wówczas część ICD-6 z 1949 roku – obejmowało 87 kategorii, a pierwsza amerykańska klasyfikacja DSM-I z 1952 roku zawierała 106 kategorii. Rozwiązaniem jest przygotowanie specjalnych, przystępniejszych wersji ICD-11, dla innych niż psychiatrzy uczestników leczenia. Wydanie takich wersji, równoległe z zasadniczym dokumentem, zapowiada już WHO/WPA [3].

- Jakiej klasyfikacji używają psychiatrzy?

W oparciu o wyniki ważne, w oparciu o deklarację osobistego stosowania w codziennej pracy klinicznej, ustalono realne światowe wykorzystanie wiodących klasyfikacji psychiatrycznych [6]. Dwie najpopularniejsze to: ICD-10 (63,9% deklaracji) [1] i DSM-IV (29,9%) [8], lokalne (5,2%), ICD-8 i ICD-9 (1%). Ponieważ kształt ICD-10 jest w znacznej mierze wynikiem wzorowania się na rodzinie klasyfikacji amerykańskich (DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV), można mówić o udanym, twórczym przekształceniu. Planowany czas oficjalnych edycji DSM-5 (2013) i ICD-11 (2015) kaže przypuszczać, że podobne odwzorowanie nastąpi ponownie.

- Czy klasyfikacja powinna oferować ściśle kryteria czy ogólne wskazówki diagnostyczne?

Chociaż ściśle kryteria wydają się zawężać pole decyzji diagnostycznej, to jednak definiują w sposób jasny i uporządkowany cechy zaburzenia. Z kolei posługiwanie się ogólnymi wskazówkami wiąże się z ryzykiem niskiej rzetelności rozpoznań. Za pierwszym rozpoznaniem opowiedziało się 31,1% psychiatrów, za drugim – 68,9% [6]. Co ciekawe, użytkownicy DSM-IV w większym stopniu opowiadali się za rozluźnieniem reguł opisu, pomimo że organiczną cechą klasyfikacji amerykańskiej od 1980 roku i – jak sądzimy – źródłem jej popularności było zaoferowanie właśnie jednoznacznych kryteriów.

Odmianą tego sporu jest dylemat, czy opisywać zaburzenia psychiczne w formie ścisłych kategorii, czy raczej w formie wymiarowej (wyniku skal płynnie odnoszących się do określonej cechy klinicznej). I w tym przypadku opis wymiarowy zyskał aprobatę większej liczby psychiatrów (ok. dwóch trzecich) w porównaniu ze ścisłym opisem kategoryalnym [6]. Ponownie, w przewadze za tym rozwiązaniem byli użytkownicy DSM-IV.

Można zgodzić się, że ścisłość kryteriów, akademicki porządek, sprawia wrażenie nieco scholastyczne – wymuszonego dopasowywania indywidualnych cech do uniwersalnego opisu. Jednak warto przypomnieć okoliczności, w jakich zaproponowano system ścisłych kryteriów DSM-III w 1980 roku. Obie poprzednie klasyfikacje amerykańskie, DSM-I z 1952 i DSM-II z 1968 roku, oferowały właśnie ogólne wskazówki diagnostyczne i posługiwały się dwoma kluczowymi wymiarami: stopniem reakcji na zjawiska środowiskowe oraz dwubiegunowym opisem ciężkości zaburzeń – od psychozy do nerwicy. Nieskuteczność i nierzetelność takiego podejścia ujawnił tzw. eksperyment Rosenhana z 1973 [9]. Można więc zgodzić się, że występuje trudność dopasowania sztywnych reguł klasyfikacji do indywidualnej zmienności obrazu klinicznego, jednak humanistyczna potrzeba rozluźnienia tych reguł może też mieć swoją cenę.

- Jak opisać ciężkość i dysfunkcjonalność zaburzeń?

W tego typu opisach lekarze stoją zarówno przed problemami klinicznymi, jak i formalnymi: czy ciężkość i dysfunkcjonalność należy uznać za ścisłą część zaburzenia, czy raczej jego skutek oraz jak metodologicznie opisać głębokość tych zjawisk.

Uczestnicy międzynarodowego przeglądu nie doszli do konkluzji co do sposobu opisu ciężkości zaburzeń psychicznych [6]. Jedynie nieznacznie przeważał pogląd (poparty przez ok. 1/3 uczestników), że należy stworzyć specjalną oś ciężkości, uniwersalną dla wszystkich zaburzeń. Alternatywne rozwiązanie, zastosowane np. obecnie w ICD-10 dla opisu ciężkości epizodów depresyjnych, zdobyło mniejsze, choć zarazem zbliżone poparcie. Trzecie w kolejności proponowanych rozwiązań polegało na oparciu klasyfikacji ciężkości na stopniach dysfunkcjonalności. Czwarte rozwiązanie wyrażało w jakiejś mierze ambiwalencję osób udzielających odpowiedzi, bowiem aż 1/8 psychiatrów uznała, że ciężkość zaburzeń w ogóle nie musi stanowić integralnej części klasyfikacji.

Nie mniej skomplikowany był wynik głosowań nad rozumieniem klinicznym i sposobem prezentacji stopnia dysfunkcjonalności zaburzeń psychicznych [6]. Większość oczekiwała, by dysfunkcjonalność była uwzględniana w kryteriach danego zaburzenia, o ile definiuje to zaburzenie. Z kolei w żadnej innej kwestii nie wystąpiła tak duża różnica pomiędzy użytkownikami DSM-IV i ICD-10. Ci pierwsi poparli stanowisko, że nie można diagnozować zaburzeń psychicznych bez potwierdzenia dysfunkcjonalności. Z kolei użytkownicy ICD-10 częściej popierali opcję wyłączenia w ogóle dysfunkcjonalności spośród kryteriów klinicznych rozpoznania.

Dyskusje w tej kwestii nasiliły się po wydaniu w roku 2001 Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niesprawności i Zdrowia (International Classification of Functioning, Disability, and Health; ICF). Mogło to sugerować przeniesienie kwestii dysfunkcjonalności zaburzeń poza ICD-10. Nie jest jednak zgodne z polityką WHO/WPA [3].

- Jaki jest wpływ regionalnych, narodowych i kulturowych czynników na efektywność stosowania klasyfikacji zaburzeń psychicznych?

Uczestnicy międzynarodowego przeglądu mieli możliwość wskazania poziomu lokalnych trudności w stosowaniu klasyfikacji międzynarodowej. Największe trudności były zgłaszane przez psychiatrów z Ameryki Łacińskiej (1/3), a najmniejsze przez psychiatrów z USA (1/10). Takie trudności zgłaszała 1/4 psychiatrów europejskich.

Analizowano także potrzebę wprowadzenia narodowej klasyfikacji zaburzeń psychicznych. Pomijając wyjątkową pozycję Kuby, która uczestniczyła w kwestionariuszu na specjalnych warunkach, najwyższą potrzebę zadeklarowały: Rosja, Chiny, Indie, Argentyna, Japonia i Francja, a więc największe kraje. Część z nich wprowadziła już odpowiednie aneksy do ICD-10.

- Jaka jest trafność stosowanych obecnie kategorii diagnostycznych?

Elementem rewizji klasyfikacji jest poddanie krytycznej analizie trafności diagnostycznej ogółu dotychczas stosowanych kategorii diagnostycznych. Chociaż w międzynarodowym przeglądzie wszystkie kategorie przekroczyły próg 50-procentowego

zaufania („goodness of fit”), to jednak warto odnotować te z najniższym i najwyższym zaufaniem wśród lekarzy.

Najniższa trafność: F60.31 (zaburzenie pograniczne osobowości), F84.0 (autyzm dziecięcy), F25 (zaburzenie schizoafektywne), F90 (zaburzenie hiperkinetyczne), F21 (zaburzenie schizotypowe).

Najwyższa trafność: F30 (epizod maniakalny), F7x (upośledzenie umysłowe), F42 (zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne), F40.1 (fobia społeczna), F40.2 (fobia specyficzna/izolowana).

Dodatkowo uczestnicy podnosili, że formalnie najtrudniejsze do zastosowania są kryteria diagnostyczne: F21 (zaburzenie schizotypowe), F84.5 (zespół Aspergera), F84.0 (autyzm dziecięcy), F60.31 (zaburzenie pograniczne osobowości), F25 (zaburzenie schizoafektywne).

- Czy klasyfikacja zaburzeń psychicznych NIE powinna być?

Międzynarodowa Grupa Doradcza zastrzegła [3], ażeby w formułowaniu kryteriów diagnostycznych nie włączać do nich: czynników ryzyka, danych epidemiologicznych, wskazówek laboratoryjnych, badań pomocniczych, badań fizykalnych, zaleceń terapeutycznych i ogólnych danych klinicznych. Nie należy traktować ICD jako podręcznika. Nie należy interpretować ICD jako sposobu oceny ludzi.

Powyższy katalog spraw (kontekstów, czynników, zjawisk, itp.) wpływających na obraz kliniczny, a tym samym użytecznych w tworzeniu klasyfikacji, może być dalej uzupełniany. Takimi aspektami klasyfikacji mogłyby się stać m.in.: ocena jakościowa pacjentów [10], różnice płciowe zaburzeń [11, 12], kontekst społeczny i ekonomiczny funkcjonowania pacjentów [13], a nawet historyczny i subiektywny pogląd diagnosty na powstawanie zaburzeń psychicznych [14].

### Propozycje zmian w kategoriach ICD-10

W chwili obecnej powinniśmy przejść już z fazy otwartej dyskusji nad ICD-11 („draft alfa”) i sformułować pierwszą, kompletną wersję systemu diagnostycznego („draft beta”), zawierającą szczegółowe definicje kategorii diagnostycznych. Występuje w tym względzie kilkumiesięczne opóźnienie. Być może ma ono charakter „uzgodnieniowy”, związany z opóźnieniem w pracach nad DSM-5, którego wprowadzenie jest planowane na rok 2013. Wydaje się, że ICD-11 będzie koncepcją zachowawczą; większość kontestowanych zaburzeń znajdzie się ponownie w nowej rewizji. Osoby zainteresowane mogą na bieżąco śledzić zmiany w „drafcie alfa” [2].

#### **F0 Organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi**

- Klasyfikacja pozostaje praktycznie bez zmian.
- Utrzymane będą stany, których trafność diagnostyczna jest w jakimś stopniu kwestionowana, jak choroba Picka, czy w ramach kategorii „niespecyficzne otępienie” – otępienie starcze i przedstarcze (dziedzictwo jeszcze klasyfikacji ICD-9).
- Z kolei, do chwili obecnej, nie wprowadzono otępienia z ciałami Lewy’ego. Nie jest ujęte ani generalnie, ani nie występuje przy otępieniu w przebiegu choroby Parkinsona.

### **F1 Psychiczne i behawioralne zaburzenia spowodowane stosowaniem substancji psychoaktywnych**

- Klasyfikacja pozostaje praktycznie bez zmian. Jest tworzona równoległe wg przyjmowanych substancji i wg typowych zespołów klinicznych (np. szkodliwe spożycie, zespół abstynencyjny, itp.).

### **F2 Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe**

- Parafrenia ma być przywołana literalnie, jako część schizofrenii paranoidalnej. Natomiast „parafrenia późna” zaliczona została do zaburzeń urojeniowych.
- Schizofrenia hebefreniczna (zdezorganizowana) ma być zastrzeżona do grupy adolescentów i młodych dorosłych.
- Schizofrenia niezróżnicowana, która jest w niektórych statystykach najczęściej rozpoznawaną postacią schizofrenii, ma obejmować także „atypowe schizofrenie”, przy czym będzie to nadal różne rozpoznanie od „innych schizofrenii” (do których mają się zaliczać np. schizofrenia cenestopatyczna) i „schizofrenii niespecyficznych”. Schizofrenia niezróżnicowana nie będzie więc efektem ubocznym wątpliwości diagnostycznych, ale specyficznym stanem.
- Poschizofreniczna depresja nie będzie rozpoznawana w przypadku braku współistniejących objawów schizofrenii. Wówczas należy zdiagnozować epizod depresji.
- Schizofrenia rezydualna nie będzie obarczona mniej lub bardziej wyrażonym pesymizmem co do poprawy klinicznej.
- Utrzymane będzie rozpoznanie schizofrenii prostej.
- Zaburzenie schizotypowe ulegnie koncepcyjnej rozbudowie. Zostanie wyodrębnione spośród różnych form schizofrenii i stanie się zaburzeniem hierarchicznie różnym. Zgrupuje takie stany, jak późna reakcja schizofreniczna, schizofrenia pograniczna, późna schizofrenia, osobowość schizotypowa, schizofrenia rzekomonerwicowa, schizofrenia rzekomopsychopatyczna, schizofrenia prepsychotyczna i schizofrenia prodromalna.
- Nie zdecydowano się na likwidację zaburzenia schizoafektywnego.
- Będzie możliwość diagnozowania halucynozy w ramach nieorganicznych zaburzeń psychotycznych. Także urojeniowe stany inwolucyjne będą mogły być rozpoznawane w ramach tego rozdziału (uporczywe zaburzenia urojeniowe), a nie rozdziału F0.

### **F3 Zaburzenia nastroju (afektywne)**

- Klasyfikacja nie ulega istotnym zmianom.
- Będzie wymagane, by zaburzenia dwubiegunowe, w przeciwieństwie do epizodów, były poprzedzone innym, jednoznacznie zweryfikowanym epizodem. Kryterium to obowiązuje już obecnie, ale jego ranga ma wzrosnąć. W „drafcie alfa” bywa, że jest wymieniane na pierwszym miejscu.
- Osobno będzie kodowany stan remisji w zaburzeniach dwubiegunowych. Ten fakt tłumaczy potrzeba czynnego leczenia profilaktycznego.

- Możliwe będzie rozpoznanie, niemieszczących się jednak w kanonie ICD-11, nawracających epizodów maniakałnych i zaburzenia dwubiegunowego typu II. Nie będzie jednak formalnie zdefiniowane zaburzenie dwubiegunowe typu I.
- Epizod depresyjny uwzględni także stany reaktywne (reaktywna depresja, depresyjna reakcja) oraz psychogenne depresje. W przeglądzie WPA/WHO, aż 1/3 psychiatrów uznała, że adekwatne do sytuacji obniżenie nastroju nie powinno uprawniać do postawienia rozpoznania epizodu depresyjnego [6].
- Uporczywe zaburzenia depresyjne będą mogły nadal występować w formie stanów podwójnej depresji.

#### **F4 Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i somatoformiczne**

- Zasadnicze rozwiązania klasyfikacji nie ulegają zmianom.
- Pojawia się dwoistość w grupie zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych. Będziemy mogli wybrać, czy rozpoznajemy obsesje (natręctwa myślowe) czy ruminacje (myśli połączone z wątpliwościami).
- Kompulsje znalazły dookreślenie jako „obsesyjne rytuały”.
- Z nieznanых przyczyn „lękowa histeria” jest umieszczona w „innych specyficznych zaburzeniach lękowych”, a nie w rozdziale dotyczącym zaburzeń dysocjacyjnych. Podobnie, „kula histeryczna” znalazła się poza tym rozdziałem (w „innych zaburzeniach somatoformicznych”).
- Zaburzenie hipochondryczne nie będzie już zawężone ilościowo do przeświadczenia o jednej lub dwóch poważnych chorobach.

#### **F5 Zespoły behawioralne przebiegające z zakłóceniami fizjologicznymi i zjawiskami fizycznymi**

- Zasadnicze rozwiązania klasyfikacji nie ulegają zmianom.
- W opisie bulimii wskazano na częste poprzedzanie zaburzenia przez jadłowstręt.
- W rozdziale utrzymana będzie obecność kategorii związanych z nadużywaniem substancji nieprowadzących do uzależnienia.

#### **F6 Zaburzenia osobowości i zachowania w okresie dorosłości**

- W przeciwieństwie do DSM-5, gdzie proponowane jest radykalne zmniejszenie liczby kategorii zaburzeń osobowości z 10 do 5 [15], liczba i skład kategorii zaburzeń osobowości nie ulegają zmianie w „drafcie alfa” w porównaniu z ICD-10.
- Nadal w kanonie znajdują się takie nawyki i zaburzenia kontroli impulsów, jak hazard, piromania i kleptomania, natomiast nie ma nowych, cywilizacyjnych nawyków, jak np. uzależnienia od multimediiów czy internetu.

#### **F7 Upośledzenie umysłowe**

- Definicje stopni upośledzenia umysłowego nie ulegają zmianie.



### **F8 Zaburzenia rozwoju psychicznego**

- Zasadnicze rozwiązania klasyfikacji nie ulegają zmianom.

### **F9 Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w okresie dzieciństwa i wieku młodzieńczym**

- Zasadnicze rozwiązania klasyfikacji nie ulegają zmianom.

### **Wersje narodowe klasyfikacji ICD**

Pierwszą wersję narodową ICD-10 wprowadziła Australia już w 1998 roku, a więc zaledwie w rok po tym, jak ją implementowano w Polsce. Wersjami narodowymi dysponują w Europie: Francja, Niemcy i Szwecja. Ustalenie ewentualnej potrzeby, a następnie powstanie narodowej wersji (modyfikacji) klasyfikacji zaburzeń psychicznych, mogłoby być efektem prac i konsensusu członków PTP.

Z drugiej strony, nie ma ani powszechnej praktyki, ani konieczności tworzenia tego typu krajowego uzupełnienia. Potrzeba zmian może być zaspokojona przez wniosek do ośrodka monitorującego WHO w Genewie, który dokonuje systematycznych, corocznych modyfikacji klasyfikacji. W latach 1996-2010 takie zmiany objęły m.in. akceptację dla nawrotowych zaburzeń maniакаlnych, uzupełnienie listy przyczyn zaburzeń otępiennych oraz inne, mniejsze korekty w kategoriach uzależnień oraz zaburzeń występujących u dzieci i młodzieży. Taka weryfikacja pozwala na uniknięcie pochopnych zmian, np. inspirowanych politycznie.

Narodowa wersja klasyfikacji może rozwijać się w różnorodny sposób [3]:

- uwzględniać konserwatywne poglądy psychiatrów, nie eliminując tych kategorii, które uznano za wartościowe klinicznie; tego typu dylematy mogłyby dotyczyć np. parafrenii, obecnej jeszcze w ICD-9 i ocenianej nadal jako niezastąpiona kategoria diagnostyczna;
- uwzględniać nowe kategorie, dyskusyjne, o niejasnej pozycji, jak np. zespół przewlekłego zmęczenia, zespół wypalenia zawodowego, „stalking”, „bullying”, koncepcyjne typy zaburzeń afektywnych wg Akiskala [16], różne formy zagrożeń samobójczych, nawyki cywilizacyjne, jak szkodliwe używanie telefonów komórkowych, internetu, zakupów;
- eliminować te kategorie zaburzeń, które zaczęły mieścić się w szerokiej normie kulturowej; np. wzorem Szwecji, gdzie w 2009 roku usunięto wiele zachowań klasyfikowanych jako zaburzenia seksualne;
- włączać do systemu diagnostycznego te wzorce, które z kolei przestały mieścić się w normie kulturowej; np. związane z błędami wychowawczymi, opresyjnymi zachowaniami rodziców lub opiekunów czy wymierzaniem kar cielesnych.

### **Wnioski**

W przeciwieństwie do opisu zaburzeń psychicznych w ICD-9, ICD-10 zaferowało lekarzom system nowoczesny, wszechstronny i praktyczny, wzorowany na dojrzałych,

rozwijanych od dziesięcioleci rozwiązaniach systemu amerykańskiego (DSM). Nie ma więc potrzeby rewolucji w odniesieniu do ICD-11. Można oczekiwać ewolucyjnego dostosowania klasyfikacji do postępów medycyny, jak również harmonizacji z nową wersją DSM-5.

Prace te mają pozytywne przełożenie dla środowiska polskich psychiatrów. W przeszłości Polacy nie mieli faktycznej możliwości uczestniczenia w tworzeniu klasyfikacji międzynarodowej. Takie możliwości obecnie powstały. Udział w tych zmianach jest okazją do integracji środowiska skupionego w Polskim Towarzystwie Psychiatrycznym.

### Piśmiennictwo

1. *ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization; 1992.
2. *ICD-11 alpha draft*: <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/f/en>.
3. 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 behavioral disorders*. World Psychiatry 2011; 10: 86–92.
4. iCAT: <http://sites.google.com/site/icd11revision/home/icat>
5. iCAMP: <http://www.icamp.eu/2010/05/19/icamp-handbook-now-available-in-polish/>
6. Reed GM, Mendonca 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.
7. Łoza B, Heitzman J, Kosmowski W. *W kierunku nowej klasyfikacji zaburzeń psychicznych – opinie polskich psychiatrów na temat ICD-11*. Psychiatr. Pol. 2011; 45: [ten sam numer].
8. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth edition. Text revision (DSM-IV-TR). Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
9. Rosenhan DL. *On being sane in insane places*. Science 1973; 179: 250–258.
10. Janusz B, Bobrzyński J, Furgał M, de Barbaro B, Gdowska K. *O potrzebie badań jakościowych w psychiatrii*. Psychiatr. Pol. 2010; 44: 5–11.
11. Talarowska M, Florkowski A, Zboralski K, Gałęcki P. *Różnice w przebiegu depresji między kobietami a mężczyznami stwierdzone na podstawie testu MMPI-2*. Psychiatr. Pol. 2010; 44: 319–328.
12. Mandal E, Zalewska K. *Psychiczna kobiecość i męskość, poczucie własnej atrakcyjności, style przywiązania, style radzenia sobie i strategie autoprezentacji u kobiet podejmujących próby samobójcze*. Psychiatr. Pol. 2010; 44: 329–339.
13. Orzechowska A, Florkowski A, Gruszczyński W, Zboralski K, Wysokiński A, Gałęcki P, Talarowska M. *Status socjoekonomiczny a zachowania agresywne i style radzenia sobie ze stresem*. Psychiatr. Pol. 2009; 43: 53–63.
14. Lothane Z. *W obronie Paula Schrebera*. Neuropsychiatria. Przegląd Kliniczny 2009; 1 (3): 4–14.
15. DSM-5: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>
16. Akiskal HS, Pinto O. *The evolving bipolar spectrum: Prototypes I, II, III, and IV*. Psychiatr. Clin. of North Am. 1999; 22: 517–534.

Adres: Janusz Heitzman  
Instytut Psychiatrii i Neurologii  
02-957 Warszawa, al. Sobieskiego 9