

# Rewizja klasyfikacji zaburzeń psychicznych w ICD-11 i DSM-V: prace postępują

Norman Sartorius

Advances in psychiatric treatment (2010), vol. 16, 2-9

*W tym artykule podsumowano prace nad przygotowaniem ICD-11 i DSM-V (które powinny zostać opublikowane, odpowiednio w 2015 i 2013 roku). Przedstawiono krótki opis struktur powołanych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) i Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA). Wymieniono problemy i wyzwania, przed którymi stają obie organizacje podczas prac nad rewizją tych klasyfikacji. Są to m.in. dylematy dotyczące sposobów prezentacji rewizji (np. czy należy dodać wymiary do kategorii, czy nawet zastąpić kategorie wymiarami), różnych wersji klasyfikacji (np. wersje dla podstawowej opieki zdrowotnej i wersje badawcze) oraz związane ze sposobami upewniania się, że przy przygotowywaniu rewizji wykorzystuje się najlepsze dowody i doświadczenia, oraz obejmujące wiele innych problemów, które będzie trzeba rozwiązać w najbliższej przyszłości.*

## WHO i ICD-11

Planuje się, że 11 wydanie Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Towarzyszących Problemów Zdrowotnych (ICD-11) zostanie złożone do akceptacji przez World Health Assembly w 2013 lub 2014 roku. Jeżeli zostanie zaakceptowane, powinno zostać wydrukowane, przynajmniej w roboczych językach WHO, rok lub dwa lata później. Oznacza to, że ICD-11 zostanie wydane ponad 20 lat po opublikowaniu ICD-10.<sup>1,2</sup> Jest to kolejna zmiana w systemie publikowania nowych wydań, które poprzednio ukazywały się w odstępach 10-letnich. Są jednak uzasadnione przyczyny wydłużenia okresu między publikowaniem kolejnych rewizji. Należy do nich coraz większą złożoność procesu wprowadzania nowych klasyfikacji do (często skomplikowanych i nierzadko obsługiwanych przez zbyt małą liczbą personelu) systemów informacyjnych dotyczących zdrowia publicznego, kładzenie nacisku na opieranie propozycji zmian na wystarczająco silnych dowodach naukowych, potrzebę konsultowania z nawet jeszcze większą grupą zajmującą się kosztami oraz finansowe ograniczenia WHO.

W nowym wydaniu zostaną zawarte zasady kodowania grup zaburzeń psychicznych – być może w osobnym rozdziale, oraz klasyfikację innych zaburzeń, mniej więcej w 20 rozdziałach. Znajdą się w nim również rozdziały klasyfikujące przyczyny korzystania z zasobów

systemu ochrony zdrowia, przyczyny zgonów i czynniki środowiskowe istotne przy leczeniu chorób w ramach systemu ochrony zdrowia. Do tej pory nie jest pewne, czy w całościowej strukturze klasyfikacji zostanie utrzymany podział na rozdziały: nowoczesne techniki informacyjne mogą umożliwić inne sposoby segregowania informacji dotyczących zaburzeń psychicznych i ich leczenia, na przykład dzięki zapewnieniu, aby jeden numer uwzględniał informacje dotyczące różnych wymiarów opisujących dane zaburzenie i nie grupował różnych zaburzeń.

Jedną z korzyści takiego projektu będzie to, że znikną być może największe kontrowersje dotyczące pozycji konkretnych kategorii zaburzeń w ramach rozdziałów. Umieszczenie danej kategorii w określonym rozdziale klasyfikacji nie jest bynajmniej proste. Umieszczenie udaru i innych zaburzeń mózgowo-naczyniowych w rozdziale „Choroby mózgowo-naczyniowe” oznacza, że dane statystyczne wykażą większą śmiertelność w przebiegu chorób układu krążenia. Dlatego oddziały zajmujące się tymi chorobami będą otrzymywać najwięcej zasobów, gdyż prawdopodobnie dzięki ich pracy nastąpi zmniejszenie liczby zgonów. Jeżeli choroby mózgowo-naczyniowe znajdą się w rozdziale dotyczącym zaburzeń neurologicznych, czyli obejmującym schorzenia mózgu uwarunkowane różnymi przyczynami, obszar neurologii poszerzy się i neurologzy będą mogli

argumentować, że ich dziedzina zasługuje na więcej uwagi, ponieważ choroby neurologiczne mają tak ogromny wpływ na śmiertelność.

W ICD-10 rozdział poświęcony zaburzeniom psychicznym obejmuje pewne kategorie, które występują również w innych rozdziałach. Na przykład otępienie opisane jest w rozdziale dotyczącym zaburzeń psychicznych ze względu na dominujące objawy psychiczne oraz w rozdziale obejmującym zaburzenia neurologiczne, ponieważ jest chorobą mózgu, która może być przyczyną śmierci. Pewna liczba zespołów psychiatrycznych, które występują w przebiegu innych chorób, została wymieniona w rozdziale dotyczącym zaburzeń psychicznych, a także w rozdziałach opisujących inne schorzenia. Na przykład porażenie postępujące zostało wymienione w rozdziale dotyczącym zaburzeń psychicznych i w rozdziale, w którym uwzględniono kiłę i inne choroby zakaźne. Niektóre kategorie, których można byłoby się spodziewać w rozdziałach poświęconych zaburzeniom psychicznym, zostały umieszczone w innym miejscu, przede wszystkim ze względu na presję wywieraną przez osoby, które nie chciały być przypisane do żadnego rozpoznania psychiatrycznego. Tak jest np. w przypadku „zespołu przewlekłego zmęczenia”, który od dawna był wymieniany razem z neurastenią, a obecnie znajduje się w rozdziale obejmującym choroby zakaźne, które, jak się przypuszcza, mogą być jego przyczy-

Norman Sartorius jest prezesem Association for the Improvement of Mental Health Programmes, a także przewodniczący spotkaniom lekarzy na uniwersytetach w Londynie, Pradze i Zagrzebiu oraz kilku innych uniwersytetach w Stanach Zjednoczonych i Chinach. Dr Sartorius jest członkiem powołanej przez WHO Topic Advisory Group for ICD-11 oraz konsultantem American Psychiatric Research Institute, który wspiera prace nad DSM-V. Pełnił również funkcję dyrektora Wydziału Zaburzeń Psychiczych WHO oraz był kierownikiem kilku dużych, międzynarodowych projektów badawczych dotyczących schizofrenii, depresji i funkcjonowania ochrony zdrowia. W przeszłości był prezesem World Psychiatric Association i Association of European Psychiatrists.

Adres do korespondencji: Professor N. Sartorius, 14, chemin Colladon, 1209 Geneva, Szwajcaria. e-mail: Sartorius@normansartorius.com

Konflikt interesów: brak

ną, zaś przedmiesiączkowe zaburzenie dysforyczne znalazło się w rozdziale opisującym zaburzenia ginekologiczne.

### Organizacja procesu rewizji

Proces rewizji ICD obejmuje konsultacje z określonymi osobami i instytucjami (Do udziału zaproszono Royal College of Psychiatrists. Przewodniczący tej organizacji Dinesh Bhugra poprosił profesora Terry'ego Brugha o zwołanie grupy złożonej z przedstawicieli różnych wydziałów i regionów w celu wspólnego pracowania listy tematów priorytetowych, które mają być uwzględnione we wstępnym oświadczeniu Royal College. Raport miał zostać rozpatrzony przez Centralny Komitet Wykonawczy na początku 2010 roku.), które wykorzystują tę klasyfikację, oraz z organizacjami rządowymi, które oficjalnie zaakceptują nowe wydanie i wprowadzą je jako element systemu oceny chorobowości i śmiertelności w danym kraju i na arenie międzynarodowej. Proces rewizji obejmuje również dokładny przegląd piśmiennictwa opisującego badania, których wyniki mają znaczenie dla klasyfikacji zaburzeń psychicznych. Obowiązek przygotowania nowego wydania pod względem technicznym spoczywa na technicznych wydziałach WHO: zebranie całej klasyfikacji w całość oraz opracowanie jej postaci końcowej jest obowiązkiem specjalnej jednostki zajmującej się ICD, a także innymi klasyfikacjami WHO związanymi ze zdrowiem (np. klasyfikacją upośledzeń).

Konsultacje, zebranie propozycji oraz ich przetestowanie w warunkach klinicznych, przeanalizowanie piśmiennictwa, opracowanie kryteriów dla każdej kategorii i inne zmiany zmierzające do powstania nowego wydania przeważnie zajmują dużo czasu. Przygotowanie rozdziału dotyczącego zaburzeń psychicznych w ICD-10, który został opublikowany w 1992 roku, rozpoczęło się od Międzynarodowego Programu Rozpoznań i Klasyfikacji Psychiatrycznych w 1963 roku.

### TAG/MND i GSPN

Topic Advisory Group w ramach WHO została powołana w 2007 roku. Ma pomagać Departamentowi Kontroli Zaburzeń Psychiczych i Nadużywania Substancji w opracowywaniu propozycji klasyfikacji zaburzeń psychicznych w ICD-11. Grupa pod równoległymi nazwami TAG/MND spotkała się kilkakrotnie omawiając najlepsze sposoby przeprowadzania procesu rewizji. Powołano podgrupy, którym powierzono konkretne zadania. Jedną z tych podgrup zajmowała się analiza wyników badań epidemiologicznych (niektóre zostały przeprowadzone pod auspicjami WHO), których wyniki mogą być istotne przy opracowywaniu nowego wydania

(np. dzięki dostarczaniu informacji na temat częstości i postaci zaburzeń psychicznych w różnych kulturach). Zadaniem drugiej podgrupy było zapewnienie jak największej zgodności między Międzynarodową Klasyfikacją Zaburzeń Psychiczych i Towarzystwem Problemów Zdrowotnych (ICD-11) oraz Diagnostyczną i Statystyczną Klasyfikacją Zaburzeń Psychiczych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-V). Grupa ta, zwana grupą ujednoczenia, była złożona z ekspertów pracujących nad piątym wydaniem DSM i kilku członków WHO TAG/MND.

Podgrupy te zostały rozwiązane po wykonaniu swoich zadań (grupa epidemiologiczna) lub zostały zastąpione przez inne mechanizmy (np. grupa ujednoczenia). W 2009 roku TAG/MND zarekomendowała utworzenie pięciu nowych grup roboczych zajmujących się klasyfikacją:

- zaburzeń psychicznych spotykanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej,
- problemów zdrowotnych związanych z nadużywaniem substancji.
- zaburzeń psychicznych okresu dzieciństwa,
- upośledzenia umysłowego (które prawdopodobnie w ICD-11 otrzyma nazwę niesprawności intelektualnej),
- zaburzeń osobowości.

Powołano dodatkową grupę roboczą, która miała zajmować się opracowywaniem protokołów przeprowadzania badań klasyfikacji ICD-11 w warunkach naturalnych.

WHO powołała również grupę koordynującą, której celem było ustanowienie Global Scientific Partnership Network (GSPN), obejmującą ekspertów reprezentujących różne dyscypliny i tradycje psychiatryczne z różnych krajów. Grupa koordynująca składała się z zespołu ekspertów, z których każdy mówił jednym z podstawowych języków – arabskim, chińskim, angielskim, francuskim, niemieckim, japońskim, portugalskim, rosyjskim i hiszpańskim. Obecnie powołano już GSPN, której zadaniem jest pomoc w zgromadzeniu i przeanalizowaniu dowodów naukowych istotnych dla klasyfikacji, zaplanowaniu badań oceniających propozycje klasyfikacji w warunkach klinicznych, ocenie równoważności tłumaczeń kryteriów i klasyfikacji oraz innych zadaniach wymagających doświadczenia naukowego.

Do udziału w opracowywaniu nowego wydania klasyfikacji zaproszono organizacje pozarządowe. W WHO TAG/MND reprezentowane są: World Psychiatric Association, International Union of Psychological Sciences i International Association of Social Work. Te i inne organizacje oraz ośrodki współpracujące z WHO pomogą w procesie rewizji. Uruchomiono również dostępną dla wszystkich stronę internetową ([\[tion/icd/ICDRevision/en\]\(http://www.who.int/classification/icd/ICDRevision/en\)\), na której można wpisać komentarz dotyczący obowiązującej klasyfikacji lub proponowanych zmian.](http://www.who.int/classifica-</a></p>
</div>
<div data-bbox=)

### APA i DSM-V

Opracowywanie propozycji dla piątego wydania DSM, które będą wykorzystywane przez APA, zostało powierzone specjalnej grupie roboczej, której przewodniczyli prof. David Kupfer i dr Darrel Regier. Dr Regier jest dyrektorem wykonawczym American Psychiatric Research Institute (APIRE), powołanego przez APA.<sup>3,4</sup> W ramach wstępnych prac grupy roboczej ds. DSM-V APA opublikowało serię artykułów, z których każdy prezentuje stanowisko Towarzystwa w kwestii grupy problemów mających znaczenie przy opracowywaniu nowego wydania DSM ([www.psych.org/MainMenu/Research/DSMIV/DSMV](http://www.psych.org/MainMenu/Research/DSMIV/DSMV)). Następnie, dzięki grantom National Institute of Mental Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism oraz National Institute on Drug Abuse, AIPRE zorganizował 14 konferencji dotyczących grup zaburzeń aktualnie uwzględnionych w sekcji ICD-10 dotyczącej zdrowia psychicznego. Konferencje zorganizowano przy współpracy z WHO, a na podsumowującej konferencji, która odbyła się w Genewie, oceniano związane ze zdrowiem publicznym aspekty klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zmian w tych klasyfikacjach.

W ramach grupy roboczej ds. DSM-V utworzono kilka mniejszych grup roboczych, z których każda zajmowała się jedną z dużych grup zaburzeń psychicznych. Grupy te opracowywały propozycje klasyfikacji zaburzeń i przeprowadzały lub pomagały w przeprowadzaniu badań w warunkach naturalnych, w których uwzględniano wcześniejsze propozycje. Niezależnie od grup roboczych, które zajmowały się swoistymi zaburzeniami, powołanych zostanie pięć grup zajmujących się „problemami przekrojowymi”, np. możliwością przedstawienia w klasyfikacji kręgów zaburzeń psychicznych, konsekwencjami wpływu wieku i płci na klasyfikację oraz problemami pojawiającymi się w związku z klasyfikowaniem zaburzeń w psychiatrii i podstawowej opiece zdrowotnej.

### Problemy istotne przy opracowywaniu nowego wydania

TAG/MND, która doradza WHO przy klasyfikacji zaburzeń psychicznych w ICD-11, oraz grupa robocza DSM-V przygotowująca propozycje dla APA, napotyka wiele dylematów i pytań. Niektóre z nich są tak stare jak same klasyfikacje, zaś inne, np. związane z refundacją i wykorzystywaniem nowoczesnych systemów informacyjnych,

pojawiły się dopiero w ostatnich latach. W przypadku większości tych ostatnich nie ma łatwych rozwiązań. W przypadku innych, takich jak te wymienione w tabeli 1, przedstawiono same pytania i problemy związane z poszukiwaniem na nie odpowiedzi.

### Kryteria zmian klasyfikacji lub zawartych w niej kategorii

Pierwsze z tych pytań dotyczą decyzji o tym, które kryteria należy wykorzystać, aby umożliwić wprowadzenie nowej kategorii lub usunięcie takiej, która przestaje być uważana za przydatną. Nie ma wątpliwości, że te decyzje powinny być podejmowane na podstawie trzech kryteriów:

- kryterium zdrowia publicznego (czy ta kategoria jest przydatna z punktu widzenia zdrowia publicznego?)
- praktyczna przydatność kryterium (czy klasyfikacja jest łatwa do zastosowania, czy kategorie pasują do spotykanych w praktyce zaburzeń?)
- dowody przemawiające za danym kryterium (czy znaleziono nowe i wystarczające dowody przemawiające za proponowaną zmianą?).

Czasami przeważają względy polityczne, co oznacza, że dana kategoria może zostać zmieniona, usunięta lub dodana w wyniku działań grup nacisku lub z podobnych powodów.

Chociaż nie ma wątpliwości co do tego, że należy kierować się tymi trzema kryteriami, o wiele mniej jasne jest ich zdefiniowanie. Kryterium zdrowia publicznego nie będzie na przykład szczególnie pomocne przy podejmowaniu decyzji o podziale określonych kategorii na mniejsze jednostki, jeżeli nie wpłynie to na rozpowszechnienie tego zabu-

żenia. Może natomiast mieć decydujące znaczenie, jeżeli proponowana zmiana wpłynie na częstość występowania zaburzeń uważanych za istotne dla zdrowia publicznego.

Spełnienie kryterium praktycznej (klinicznej) przydatności jest nawet jeszcze bardziej problematyczne. Zarejestrowanie nowego leku do terapii określonego zaburzenia psychicznego może bezpośrednio wpływać na postępowanie praktyczne w psychiatrii, ponieważ powoduje, że stosowanie tego leku przez lekarzy poza zarejestrowanymi wskazaniami (wykorzystywanie leku w zaburzeniach niewymienionych w jego ulotce rejestracyjnej) jest nielegalne. Zmiana w klasyfikacji umożliwiłaby (lub uniemożliwiła) wykorzystywanie tego leku w potencjalnie bardzo dużych grupach pacjentów. Czy przy opracowywaniu klasyfikacji należy brać pod uwagę obowiązujące obecnie rejestracje leków psychotropowych? Z punktu widzenia zdrowia publicznego klasyfikacja powinna ułatwiać podejmowanie interwencji ukierunkowanych na zdrowie publiczne, np. zapobieganie zaburzeniom psychicznym, czy ocenę potrzeb psychiatrycznej ochrony zdrowia (i jej jakości). Klasyfikacja, która ma być przydatna do zapobiegania zaburzeniom psychicznym, może być mało przydatna w pracy klinicznej – na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej lub specjalistycznej opieki psychiatrycznej.

### Kategorie czy wymiary?

W ICD i DSM zaburzenia psychiczne są obecnie pogrupowane w zależności od objawów, tworząc kategorie składające się na całą klasyfikację. W innych dziedzinach medycyny, w których więcej wiadomo na temat patogenyzy grupowanych zaburzeń, katego-

rie są określone przez przyczynę zaburzeń. Na przykład różne objawy gruźlicy są grupowane razem, chociaż gruźlica może dotyczyć różnych układów i narządów. Jeżeli taki podział nie jest możliwy, zaburzenia lub choroby są grupowane w zależności od narządu, którego dotyczą. Patogeneza zaburzeń psychicznych nie jest jednak dobrze poznana, a kategorie pogrupowano w zależności od przypuszczalnej przyczyny (tab. 2); natomiast kryteria określają, do której kategorii należy zaliczyć konkretne zaburzenie.

Taki system wydaje się służyć przede wszystkim uniknięciu problemów wynikających z niepełnej wiedzy na temat przyczyny i przebiegu większości zaburzeń psychicznych. Wkrótce jednak staje się oczywiste, że niektóre zaburzenia można umieścić w więcej niż jednej kategorii, a takie same objawy występują we wszystkich lub większości zaburzeń psychicznych. Chorzy z zaburzeniami prototypowymi stanowią raczej wyjątek niż większość. Ponadto granica między doświadczeniami i stanami uznawanymi za normalne a tymi uważanymi za patologiczne i wymagające leczenia, pozostaje niejasna.

Problemy związane z koniecznością uporządkowania zaburzeń psychicznych do wyraźnie odgraniczonych kategorii doprowadziły do przeświadczenia, że klasyfikacje kategoriale (tzn. grupujące zaburzenia na podstawie zestawów kryteriów) powinny zostać zastąpione seriami wymiarów odpowiadających najważniejszym objawom zaburzeń psychicznych. Niekiedy te wymiary są dwubiegunowe (np. zakres II od niesprawności intelektualnej do wartości znacznie powyżej normy), zaś w innych przypadkach mają charakter jednobiegunowy (np. lęk). Zaburzenie może zatem być opisane w postaci profilu utworzonego na podstawie ocen w wielu wymiarach. W niektórych przypadkach można połączyć kategoriale i wymiarowy opis stanu pacjenta. Kategorialnemu rozpoznaniu „zaburzenie osobowości” może towarzyszyć profil odzwierciedlający cechy danej osoby pochodzące z wielu wymiarów. Wybór wymiarów dostarczających najważniejszych informacji może być trudny. Trwają obecnie dyskusje między zwolennikami różnych liczb wymiarów opisujących cechy osobowości.<sup>5</sup>

Chociaż interesujące z naukowego punktu widzenia założenie, że psychiatrzy i inne osoby zajmujące się zaburzeniami psychicznymi w praktyce będą chcieli oceniać każde zaburzenie w wielu wymiarach i przekazywać swoje odkrycia pacjentom, przedstawiając im wyniki uzyskane przez nich w poszczególnych wymiarach, nie wydaje się praktyczne. Takie opisy mogą być ograniczone do badań naukowych, jednak jest mało prawdopodobne, aby proponowano ich stosowanie w prak-

**TABELA 1**  
**Rewizja: istotne problemy**

- Kryteria zmian klasyfikacji lub jej kategorii.
- Kategorie czy wymiary?
- Jedna czy więcej wersji klasyfikacji?
- Czy narodowe adaptacje ICD powinny być postrzegane jako sposób poradzenia sobie z problemami uwarunkowanymi kulturowo?
- Czy kolejne wersje klasyfikacji powinny mieć charakter dyrektywny czy refleksyjny?
- Jaki kształt powinna przybrać wersja przeznaczona dla podstawowej opieki zdrowotnej?
- Co nastąpi po opracowaniu i opublikowaniu klasyfikacji?

**TABELA 2**  
**Aktualne grupowanie zaburzeń psychicznych w ICD**

- Zaburzenia związane z możliwym do wykazania uszkodzeniem mózgu (np. otępienia).
- Poważne zaburzenia psychiczne o przypuszczalnie genetycznej etiologii (np. psychozy).
- Zaburzenia mniej nasilone, które nie są uwarunkowane genetycznie ani nie wiążą się z możliwym do wykazania uszkodzeniem mózgu (nerwice i zaburzenia osobowości).
- Schorzenia, które charakteryzują osłabione możliwości poznawcze, uwarunkowane różnymi przyczynami (upośledzenie umysłowe).

tyce. Doświadczenia z wieloosiową wersją ICD oraz z pięcioma osiami DSM-III i DSM-IV<sup>6,7</sup> jasno wskazują, że psychiatrzy i inni pracownicy ochrony zdrowia uważają, że wykorzystywanie innych osi niż ta służąca określeniu podstawowego rozpoznania nie jest łatwe (lub są do tego niechętnie nastawieni). Dlatego trudno jest wyobrazić sobie, że będą chcieli oceniać wiele wymiarów u każdego pacjenta.

Czasami w klasyfikacji kategorialnej jest uwzględnione podejście wymiarowe, np. ICD-10 wyróżnia trzy kategorie zaburzeń depresyjnych, w zależności od ich nasilenia. Możliwe, że osoby odpowiedzialne za następne wydania ICD i DSM będą optowały za podobnymi rozwiązaniami, łączącymi podejście kategorialne i wymiarowe w opisywaniu na przykład zaburzeń osobowości, otępień oraz konsekwencji nadużywania leków i alkoholu.

### Jedna czy więcej wersji klasyfikacji?

W latach 70. XX wieku w Programie Zdrowia Psychicznego WHO wysunięto propozycję, aby kategoriom zawartym w rozdziale IDC dotyczącym zaburzeń psychicznych towarzyszyły krótkie opisy zawartych w nim zaburzeń. Propozycja została przyjęta i ICD-8 wprowadziło takie krótkie definicje jako integralny element klasyfikacji.<sup>8</sup> Żadna inna grupa zaburzeń w ICD nie została potraktowana w ten sposób, zgoda na takie postępowanie była uwarunkowana dwoma czynnikami. Po pierwsze, rozpoznanie większości zaburzeń psychicznych nie może opierać się na wynikach badań laboratoryjnych ani zostać nimi potwierdzone, a po drugie, wydaje się, że dla psychiatrów, może w większym stopniu dla lekarzy innych specjalizacji, przyjmowanie wspólnych definicji rozpoznania jest trudniejsze.

To, że słownikowe definicje kategorii zawartych w rozdziale dotyczącym zaburzeń psychicznych zostały zawarte w tekście ICD,<sup>8</sup> a następnie mogły zostać zaakceptowane przez World Health Assembly, spowodowało, że ich stosowanie stało się obligatoryjne we wszystkich krajach, które posługiwały się ICD jako oficjalną klasyfikacją. Był ważny krok w tworzeniu wspólnej terminologii, która na całym świecie mogłaby być wykorzystywana do opisywania zaburzeń psychicznych.

Następnym etapem było opracowanie dokładniejszych operacyjnych opisów wszystkich kategorii. WHO opublikowało je w formie wytycznych klinicznych do wykorzystywania w praktyce psychiatrycznej.<sup>9</sup> Wytyczne te nie były zbyt ścisłe w kwestii zaleceń. Posługiwano się w nich takimi wyrażeniami jak „przeważnie występujący” lub „po lub około”, co czyni te wytyczne przydatnymi dla klinicystów, jednak nie spełnia

wymagań badań naukowych. Dlatego WHO opublikowała drugi zestaw wytycznych mających pomóc badaczom<sup>10</sup> przy próbach zdefiniowania homogennych grup pacjentów do różnych badań.

Żadna z tych wersji nie mogła być polecana lekarzom ogólnym czy lekarzom pierwszego kontaktu. Liczba kategorii zawartych w tych klasyfikacjach była ogromna, definicje każdej z nich złożone, a ich praktyczna przydatność ograniczona. Dlatego WHO opracowała wersję ICD-10 przeznaczoną dla podstawowej opieki zdrowotnej.<sup>11</sup> W tej wersji klasyfikacji liczbę kategorii ograniczono do 22, a w ich opisach posługiwano się prostymi terminami odnoszącymi się do objawów, z którymi pracownicy opieki podstawowej spotykają się często. Po opisach kategorii w wersji dla podstawowej opieki zdrowotnej zawarto swoiste wskazówki dotyczące postępowania lekarza lub innych pracowników ochrony zdrowia.

W DSM-IV wykorzystywano definicje kategorii bardzo podobne do zawartych w wersji badawczej ICD-10. APA wydało również wersję swojej klasyfikacji przeznaczoną dla podstawowej opieki zdrowotnej, DSM-IV-PC,<sup>12</sup> będącą znacznie bardziej złożonym dokumentem w porównaniu z rozdziałem ICD-10 dotyczącym zaburzeń psychicznych w wersji dla podstawowej opieki zdrowotnej.

Komitety APA i WHO stoją obecnie przed pytaniem o to, czy podobną strategię opracowywania kilku wersji odpowiadających sobie klasyfikacji do stosowania w różnych ośrodkach (klinicznej praktyce psychiatrycznej, badaniach, podstawowej opiece zdrowotnej i być może innych ośrodkach) należy przyjąć w przypadku ICD-11 i DSM-V. Jedną z możliwości mogłoby być pozostawienie stworzenia wersji badawczej grupie roboczej DSM (DSM Task Force) i skoncentrowanie się WHO na opracowaniu wersji przeznaczonej dla podstawowej opieki zdrowotnej. Wersja rdzenna (ściśle powiązana z wersją badawczą i wersją dla podstawowej opieki zdrowotnej) zostałaby opracowana w ścisłej współpracy i służyłaby jako podstawa dla wszystkich innych wersji. Czy ta opcja zyska przychyłność WHO i APA pozostaje pytaniem otwartym, na które odpowiedź będzie zależeć w pewnym stopniu od polityki wydania publikacji WHO i presji wywieranej przez organizacje rządowe powiązane z APA na DSM-V Task Force.

### Czy narodowe adaptacje ICD należy traktować jako sposób radzenia sobie z problemami uwarunkowanymi kulturowo?

Przed około 50 laty amerykański antropolog w trakcie wykładu na konferencji na Hawajach prezentował artykuł zatytułowany: „Dlaczego wszyscy inni mają uwarun-

kowane kulturowo zaburzenia psychiczne, a tylko my prawdziwe”? Odnosił się w ten sposób do zwyczaju określania wszelkich postaci zaburzeń psychicznych, które nie odpowiadały opisom tych zaburzeń opracowanym przez wielkich klasyków psychiatrii w Europie, zaburzeniami uwarunkowanymi kulturowo. Pierwszą reakcją psychiatrów z krajów, w których występowały te zaburzenia, było opracowanie swoich własnych klasyfikacji zawierających kategorie dla zaburzeń, z którymi często spotykali się w swojej praktyce. Czasami motywacją do tworzenia nowych klasyfikacji była w większym stopniu uwarunkowana dążeniem do zachowania prestiżu instytucji niż postaciami zaburzeń psychicznych spotykanymi w danym rejonie. W klasycznym artykule z 1960 roku Stengel,<sup>13</sup> konsultant WHO, napisał, że każdy wybitny psychiatra stworzył swoją własną klasyfikację. Przyczynił się on do podjęcia przez WHO decyzji o wprowadzeniu dużego programu zajmującego się problemem diagnostyki i klasyfikacji.

W miarę upływu czasu i zwiększania się wiedzy na temat zaburzeń psychicznych w różnych częściach świata (i w Europie), zaczynało być oczywiste, że wiele zaburzeń, które wcześniej uważano za „uwarunkowane kulturowo” występuje również w krajach europejskich, chociaż w ogóle są one spotykane rzadko; a także, że niektóre europejskie postacie zaburzeń psychicznych są bardzo rzadkie w różnych częściach świata. Nie zapobiega to jednak powstawaniu i utrzymywaniu się narodowych adaptacji ICD (lub narodowych klasyfikacji, które były wykorzystywane przez psychiatrów, jednak nie mogłyby być przetłumaczone na ICD ani nie są z tą klasyfikacją bezpośrednio związane), chociaż ich liczba i znaczenie zmniejsza się z czasem. Stosowanie tych narodowych adaptacji i narodowych systemów klasyfikacyjnych może w rzeczywistości ułatwiać nadużywanie psychiatrii, np. wykorzystywanie psychiatrii do celów politycznych w byłym ZSSR było łatwiejsze dzięki temu, że narodowa klasyfikacja zawierała kategorie, które mogły być wykorzystywane do rozpoznawania zaburzeń psychicznych u dysydentów, a następnie ich przymusowego umieszczania i przetrzymywania w szpitalach psychiatrycznych w celu „leczenia”.

Nie ma większych wątpliwości co do tego, że znowu pojawi się pytanie, czy tworzyć narodowe adaptacje ICD. Prawdopodobieństwo ich powstawania można zmniejszyć, jeżeli WHO we współpracy z organizacjami narodowymi udałoby się opracować ich propozycje (być może we współpracy z World Psychiatric Association) oraz jeżeli udałoby się przekonać wszystkich zainteresowanych, pracowników ochrony zdrowia i decydentów, do stosowania tych samych klasyfikacji, być

może z pewnymi uwagami dotyczącymi wykorzystywania pewnych kategorii. Stworzyłyby to dodatkowe obciążenie dla Departamentu Zaburzeń Psychiczných i Nadużywania Alkoholu WHO, co wymagałoby czasu i pieniędzy, których obecnie brakuje. Czy takie postępowanie okaże się idealne, pozostaje pytaniem otwartym.

### Czy kolejne wersje klasyfikacji powinny być dyrektywne czy refleksyjne?

Procedura, która doprowadziła do powstania aktualnej wersji DSM, miała charakter dyrektywny. Komitety ekspertów stworzyły klasyfikację, która następnie miała być wykorzystywana w praktyce. Natomiast rozdział dotyczący zaburzeń psychicznych ICD opracowano w sposób refleksyjny, co polegało na tym, że stworzono kategorie dla wszystkich zaburzeń psychicznych, którymi posługiwali się praktykujący psychiatrzy. Na przykład praktyczne doniesienia dotyczące częstego współwystępowania objawów depresyjnych i lękowych doprowadziły do wprowadzenia kategorii mieszanych zaburzeń lękowo-depresyjnych, która to kategoria nie występuje w DSM (pojawia się tylko w aneksie). Nie określono, jak wiele konsultacji z praktykującymi psychiatrami powinno się przeprowadzać przed zakończeniem opracowywania klasyfikacji ani jakie były najlepsze formy takich konsultacji.

Badania sondażowe opinii dotyczących łatwości wykorzystywania kategorii zawartych w rozdziale dotyczącym zaburzeń psychicznych ICD-10 stanowią jedną z możliwości poznania doświadczeń związanych z wykorzystywaniem klasyfikacji w praktyce. Nie zawsze jednak łatwo je sfinansować, a odsetek odpowiedzi w tego typu badaniach przeważnie jest niewielki, co szczególnie upośledza ich wyniki. Pomóc mogą organizacje pozarządowe współpracujące z WHO dzięki konsultacjom swoich członków, narodowych towarzystw psychiatrycznych. Problem w tym, że te narodowe organizacje często nie są w stanie przeprowadzić szerszych badań sondażowych dotyczących opinii swoich członków i relacjonują opinię jedynie niewielkiej grupy praktykujących lekarzy blisko związanych z sekretariatem towarzystwa. Również oficjalne dane statystyczne, np. dotyczące częstości wykorzystywania kategorii BNO (bliżej nieokreślone), mogą być nieadekwatne: kategorię BNO często można posługiwać się, aby oszczędzić czas niezbędny do przyporządkowania danego zaburzenia do właściwej kategorii. To, że jakaś kategoria jest wykorzystywana rzadko, nie oznacza, że powinna być wykluczona z klasyfikacji – może być odpowiednia dla rzadkiego zaburzenia lub zaburzenia, które w jakimś momencie występuje rzadko, a w innym często.

### Jaki kształt powinna przybrać klasyfikacja przeznaczona do stosowania w podstawowej opiece zdrowotnej?

Najważniejszym celem klasyfikacji zaburzeń psychicznych, podobnie jak innych zaburzeń, w ICD jest ułatwienie zbierania danych statystycznych dotyczących pracy wykonanej w ramach systemu ochrony zdrowia. Psychiatrzy i inni korzystający z klasyfikacji stopniowo przestawali zdawać sobie sprawę, że DSM początkowo miało mieć charakter statystycznej klasyfikacji grupującej rozpoznania w kategorii w celu zgłaszania ich organizacjom zarządzającym ochroną zdrowia i agencjom ubezpieczeniowym.

Klasyfikacja może oczywiście mieć także inne cele, jednym z nich mogłoby być ułatwienie podejmowania decyzji dotyczących leczenia na określonym poziomie ochrony zdrowia. Zasady klasyfikacji ułatwiającej podejmowanie decyzji terapeutycznych będą odmiennie od zasad regulujących zgłaszanie pracy wykonanej w danej jednostce systemu ochrony zdrowia. Zatem przy wyborze kategorii klasyfikacji wykorzystywanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej należy pamiętać o możliwych do podjęcia interwencjach. Zakładając, że wszyscy pacjenci podstawowej opieki zdrowotnej z zaburzeniami psychiatrycznymi wymagają takiej samej interwencji, np. sedacji i skierowania do specjalisty, niewiele sensu ma wyróżnianie w klasyfikacji poszczególnych podgrup zaburzeń psychiatrycznych w zależności od ich podłoża genetycznego. Zaburzenia spotykane rzadko nie będą miały odrębnego miejsca w klasyfikacji i można umieścić je w szerszej kategorii „inne”. Innym ważnym czynnikiem będzie łatwość wykorzystywania klasyfikacji przez zajętych lekarzy pierwszego kontaktu: skomplikowane systemy lub klasyfikacje wymagające przeprowadzenia szczególnych testów w celu podjęcia decyzji o przyporządkowaniu zaburzenia do określonej kategorii prawdopodobnie nie będą szeroko stosowane.

Jednocześnie klasyfikacja wykorzystywana w podstawowej opiece zdrowotnej musi umożliwiać zgłaszanie wykonanych usług, stwarzając możliwość porównań z innymi serwisami i ocenę funkcjonowania.

Wersja klasyfikacji zaburzeń psychicznych ICD-10 przeznaczona dla lekarzy pierwszego kontaktu (ICD-10 PHC), obecnie dostępna w drugim wydaniu,<sup>14</sup> zawiera proste instrukcje dotyczące rozpoznawania zaburzeń; wskazówki dotyczące metod leczenia, które najprawdopodobniej okażą się przydatne w przypadku postawienia określonego rozpoznania, oraz innego rodzaju informacje (np. dotyczące wskazówek dla członków rodziny i opiekunów, kryteria skierowania do specjalisty, sposoby radzenia sobie z częstymi działaniami niepożądanymi leczenia) potrzebne w praktyce klinicznej. Zaburzenia rzadsze i wymagające podobnych interwencji (np. psychiatryczne) są grupowane razem w jednej kategorii. Zaburzenia występujące częściej (np. moczenie mimowolne) otrzymały odrębne kategorie, mimo że w pełnej wersji ICD mają postać podkategorii. Chociaż ICD-10 PHC może być wykorzystywana do zgłaszania interwencji podejmowanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, stanowi przede wszystkim zbiór wytycznych do rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych spotykanych w podstawowej opiece zdrowotnej, a nie klasyfikację do celów statystycznych. ICD-10 PHC została bardzo dobrze przyjęta przez lekarzy pierwszego kontaktu i jest również całkiem popularna w praktyce psychiatrycznej. Okazała się szczególnie przydatna w krajach, w których lekarze otrzymują niewiele instrukcji dotyczących rozpoznawania i leczenia częstych zaburzeń psychicznych.

ICD-10 PHC została wprowadzona przez Departament Zdrowia Psychicznego WHO i jest promowana jako narzędzie do wykorzystywania w podstawowej opiece zdrowotnej. Fakt, że może służyć również do zgłaszania danych dotyczących usług psychiatrycznych, został potraktowany jako dodatkowa korzyść. Osoby przygotowujące ICD-11 będą musiały zdecydować, czy posłużyć się tymi samymi zasadami i stworzyć klasyfikację zawierającą instrukcje dotyczące rozpoznawania i leczenia, czy wybrać drogę alternatywną, tzn. stworzyć klasyfikację zaburzeń spotykanych w podstawowej opiece zdrowotnej i opracować oddzielny zestaw wytycznych dotyczących ich rozpoznawania i leczenia. Ta pierwsza wersja zagwarantowałaby wykorzystywanie klasyfikacji w codziennej pracy, zaś druga – umożliwiła zmiany instrukcji dotyczących leczenia bez dokonywania zmian w klasyfikacji. Dla WHO ta druga sytuacja jest korzystniejsza. Klasyfikacja musi zostać zaakceptowana przez World Health Assembly, a jej zmiana wymaga znacznych wysiłków administracyjnych, natomiast instrukcje dotyczące leczenia są postrzegane jako propozycja, którą w każdym kraju mogą rozważyć lokalne autorytety, a ich zmiana nie wymaga zgody World Health Assembly.

Co nastąpi po opracowaniu i opublikowaniu klasyfikacji?

Po zakończeniu prac nad klasyfikacją i zaakceptowaniu jej przez rządy różnych krajów zostanie ona opublikowana, a przed jej twórcami pojawią się nowe zadania. Po pierwsze, trzeba będzie przeszkolić osoby, które będą się nią posługiwać. W przypadku ICD będzie to personel, który koduje rozpoznania w instytucjach ochrony zdrowia, a także lekarze

stawiający rozpoznania. Po drugie, trzeba będzie wprowadzić metody kontroli jakości, aby upewnić się, że klasyfikacja spełnia swoje zadania w praktyce. Po trzecie, trzeba będzie stworzyć możliwość odnotowywania doświadczeń użytkowników i ich sugestii dotyczących poprawiania klasyfikacji. W podobny sposób można będzie odnotowywać również sugestie naukowe związane z propozycjami zmian kategorii diagnostycznych. ICD-11 i DSM-V są postrzegane jako żywe dokumenty, które będą zmieniać się stosownie do potrzeb, zamiast czekać na duże zmiany, których do tej pory dokonywano w kolejnych wydaniach. Zgodnie z tym materiały szkoleniowe i szkolenia użytkowników muszą być tak skonstruowane aby mogły być dostosowywane do dokonywanych na bieżąco zmian.

Przetłumaczenie klasyfikacji na wiele języków będzie wymagać czasu i dopilnowania, aby różne wersje językowe były spójne. Znalezienie najlepszego sposobu stworzenia spójnych wersji klasyfikacji w różnych językach jest kolejnym ważnym zadaniem, przed którym stoi WHO i jej doradcy. W przeszłości tłumaczeń na kilka języków dokonywano równoległe z opracowywaniem oryginalnej angielskiej wersji, dzięki czemu w kryteriach formułowanych w wersji oryginalnej posługiwano się wyrażeniami, które miały swoje odpowiedniki w innych oficjalnych językach WHO. Nie wiadomo, czy będzie to możliwe również teraz, dlatego trzeba będzie zdecydować, w jaki sposób dokonywać tłumaczeń, kiedy klasyfikacja już powstanie.

Najlepiej, aby plan poradzenia sobie z tymi problemami został opracowany przed opublikowaniem nowej klasyfikacji.

### Podsumowanie

Grupy opracowujące nowe wersje klasyfikacji staną również przed wieloma innymi problemami. Wśród nich jest kwestia wykorzystywania klasyfikacji przez osoby należące do różnych grup personelu zajmujących się zaburzeniami psychicznymi. Nie wiadomo

na przykład, czy pracownicy psychiatrycznej opieki społecznej będą chcieli i umieli posługiwać się klasyfikacją opracowaną przez psychiatrów i dla nich przeznaczoną. Nie wiadomo również, czy konieczne będzie tworzenie powiązań między klasyfikacjami wykorzystywanymi przez pielęgniarki psychiatryczne, psychologów, pracowników psychiatrycznej opieki społecznej i innych pracowników zaangażowanych w psychiatryczną opiekę zdrowotną?

Jest również pytanie o metastrukturę klasyfikacji. Obecnie ICD składa się z dziewięciu grup, które stanowią rozwinięcie początkowego rdzenia złożonego z pięciu grup kategorii: „organicznymi” zaburzeń psychicznych (takich jak otępienie), zaburzeń psychofizycznych, zaburzeń nerwicowych, zaburzeń osobowości i upośledzenia umysłowego. W latach 70. XX wieku dołączono grupę zaburzeń związanych ze stosowaniem substancji i zaburzeń występujących u dzieci.<sup>15</sup> Czy dostępne obecnie dowody naukowe umożliwiają restrukturyzację klasyfikacji i utworzenie ograniczonej liczby podstawowych grup innych niż w poprzedniej wersji? W przypadku odpowiedzi twierdzącej, czy nowa metastruktura będzie mieć przewagę nad starą, biorąc pod uwagę łatwość komunikacji w kwestii zaburzeń psychicznych z niespecjalistami oraz łatwość decydowania o interwencjach terapeutycznych?

Nie ma wątpliwości, że podczas przygotowywania propozycji ICD-11 i DSM-V pojawią się kolejne pytania dotyczące nauki i praktyki medycznej. Dlatego bardzo ważne będzie, aby osoby uczestniczące w tym procesie pozostawały w stałym kontakcie z naukowcami i wieloma użytkownikami klasyfikacji, dzięki czemu będą wiedzieć o wystąpieniu problemów w okresie, kiedy ciągle można próbować je rozwiązywać i ulepszać aktualne wydania. Decyzja o utworzeniu żywych dokumentów, które w razie potrzeby mogą podlegać zmianom, niewątpliwie wynika z przekonania o konieczności zachowania komunikacji po opublikowaniu klasyfikacji oraz tego, że potrzebna będzie

stała praca w celu zagwarantowania, że nadal będzie ona odzwierciedlać dowody naukowe i zaspokajać potrzeby jej użytkowników.

From the *Advances in psychiatric treatment* (2010), vol. 16, 2-9. Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyright © 2010, 2011 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.

### Piśmiennictwo

1. World Health Organization (1992) *Tenth Revision of the International Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10). WHO.
2. Sartorius N (1991) The classification of mental disorders in the Tenth Revision of the International Classification of Diseases. *European Psychiatry*; 6:315-22.
3. Kupfer DJ, Kuhl EA, Narrow WE, et al (2009) On the Road to DSM-V. The Dana Foundation (<http://bit.ly/o5b6z>).
4. Regier DA, Kuhl EA, Narrow WE, et al (2009) Research planning for the future of psychiatric diagnosis. *European Psychiatry*; in press.
5. Skodol AE, Bender DS (2009) The future of personality disorders in DSM-V? *American Journal of Psychiatry*; 166:388-91.
6. American Psychiatric Association (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd edn) (DSM-III). APA.
7. American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edn) (DSM-IV). APA.
8. World Health Organization (1974) *Mental Disorders: Glossary and Guide to their Classification in Accordance with the Eighth Revision of the International Classification of Diseases* (ICD-8). WHO.
9. World Health Organization (1992) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. WHO.
10. World Health Organization (1993) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. WHO.
11. World Health Organization (1996) *Diagnostic and Management Guidelines for Mental Disorders in Primary Care: ICD-10 Chapter V Primary Care Version*. Hogrefe & Huber.
12. American Psychiatric Association (1995) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition: Primary Care Version* (DSM-IV-PC). APA.
13. Stengel E (1960) *Classification of mental disorders*. *Bulletin of the World Health Organization*; 21:601.
14. World Health Organization (1998) *Diagnostic and Management Guidelines for Mental Disorders in Primary Care: ICD-10 Chapter V Primary Care Version* (2nd edn). WHO.
15. World Health Organization (1978) *Mental Disorders: Glossary and Guide to their Classification in Accordance with the Ninth Revision of the International Classification of Diseases*. WHO.

# Komentarz



**Prof. dr hab. n. med.  
Bartosz Łoza**

Mimo zapowiadanych zmian przewrotu w systemach klasyfikacji nie będzie. Prawdziwa rewolucja nastąpiła dawno, jeszcze w 1980 roku, kiedy wprowadzono DSM-III. Kolejne edycje DSM i ICD są – wbrew różnym opiniom – dosyć konserwatywne. Co więcej, nie będzie zaskoczenia, bo chociaż utrzymuje się pozorna równoprawność między amerykańską i międzynarodową klasyfikacją, nadal praktyka jest taka, że w pierwszej kolejności przełomowe zmiany dokonują się w DSM. Amerykańska klasyfikacja zostanie zaś wydana wcześniej (jest już dostępna jej prowizoryczna wersja). Prymat psychiatrii amerykańskiej wynika głównie z tego, że stoją za nią prace badawcze, jest wyrazem medycyny opartej na dowodach, natomiast WPA i WHO nierzadko „przegłosowują” poszczególne rozwiązania diagnostyczne bądź „wypracowują kompromis”. Nie sądzę, żeby koleodzy onkolodzy czy kardiologodzy rozważali, czy diagnozować nowotwór lub zawał na podstawie kryteriów „pu-

Klinika Psychiatrii WUM

blicznych”, „praktycznych”, „logicznego do-  
wodu” bądź „kryteriów kulturowych”. Nie  
rozważamy astmy zależnej od czynników  
politycznych. Nawet jeśli DSM i ICD pre-  
zentują zwarte kryteria zaburzeń, jedynie na-  
śladują one podobne kryteria stosowane  
w medycynie somatycznej. W istocie są to  
cały czas opisy zaburzeń, swoiste przybliże-  
nia fenomenologiczne. Psychiatria jest ostat-  
nią dziedziną medycyny, w której nie doko-  
nano genetycznej, biochemicznej czy  
mikrobiologicznej redefinicji w ciągu ostat-  
nich 100 lat. Tak będzie pewnie nadal. Takie  
są ograniczenia psychiatrii, ale i jej siła.

Skąd więc żywotność i popularność kla-  
syfikacji? Psychiatrzy polubili ich nieco aka-  
demicką rzeczywistość. Systemy te tworzą  
tak niezbędne punkty oparcia działań kli-  
nicznych, naukowych, ekonomicznych, far-  
makologicznych itp. Formalne wyodrębnie-  
nie psychiatrii z neurologii dokonało się  
z trudem, dopiero po II wojnie światowej.  
Poprzednie klasyfikacje DSM-I i DSM-II  
były dziełem na wpół klinicznym, a na wpół  
wyrazem poglądów autorskich, czasem nad-  
miernie oryginalnych. Nikt już nie chce po-  
dobnego zamieszania pojęciowego.

Będą zmiany czy ich nie będzie? Głę-  
bokich zmian nie doświadczymy. Nie ma  
znaczenia osobista przychylność dla opisu  
kategorialnego, a niechęć do opisu wymia-  
rowego zaburzeń lub odwrotnie. Wybór ten  
jest raczej funkcją bieżących potrzeb kli-

nicznych niż rzeczywistej trafności rozpo-  
znania. Również dużą zmianą nie będzie ta-  
kie lub inne zgrupowanie zaburzeń (orga-  
niczne, intoksykacyjne, psychozy –  
przypuszczalnie genetyczne, bez znanych  
uwarunkowań, związane z niesprawnością  
poznawczą oraz inne grupy), ponieważ fak-  
tycznie ten podział już obowiązuje.

Nie znaczy to, że głębsze zmiany nie są  
w ogóle potrzebne. Czekamy na kategorie  
odzwierciedlające dokonujące się zmiany  
cywilizacyjne oraz zmiany spowodowane  
wydłużeniem życia. Już dziś 60 czy 65 rok  
życia nie wydaje się racjonalną cezurą  
w psychogeriatric. Prof. Sartorius ma nato-  
miast rację, poświęcając tak wiele uwagi zro-  
zumieniu klasyfikacji przez niepsychiatrów.  
To mało znana prawda, że wiele leków psy-  
choaktywnych jest zapisywanych przede  
wszystkim poza instytucjonalną psychiatrią.  
Problemem kompletnie niezbadanym po-  
zostaje potrzeba swoistej, polskiej wersji kla-  
syfikacji.

Na koniec apel. Niezwykłość obecnej sy-  
tuacji związana jest z możliwością osobiste-  
go wpływu na kształt przyszłej klasyfika-  
cji ICD-11. Wystarczy, że jako specjaliści  
psychiatrii wypełnicie Państwo specjalnie  
przygotowaną do tego celu ankietę WPA –  
[http://kuclas.qualtrics.com/SE/?SID=SV\\_dnfYnqu0r8P5X8g&SVID=Prod&Q\\_lang=PL](http://kuclas.qualtrics.com/SE/?SID=SV_dnfYnqu0r8P5X8g&SVID=Prod&Q_lang=PL) lub <http://tinyurl.com/ICD11PL>. Za-  
chęcam!