

# W kierunku ICD-11 i DSM-V – poza zagadnieniami harmonizacji

Assen Jablensky

The British Journal of Psychiatry (2009) 195, 379–381.

*W czasie, kiedy trwają prace prowadzące do opracowania DSM-V i ICD-11, ważne jest zwrócenie uwagi na podobieństwa i różnice między tymi dwoma klasyfikacjami. W przypadku niemożliwych do pogodzenia różnic pojęciowych należy zwrócić uwagę na potrzebę dalszych badań służących określeniu zalet i wad alternatywnych koncepcji i definicji. Poza tym, DSM-V i ICD-11 muszą zostać ocenione pod kątem trafności i przydatności.*

W opublikowanym przed 15 laty artykule redakcyjnym w *British Journal of Psychiatry*, w momencie oficjalnego wydania DSM-IV,<sup>1</sup> profesor John E. Cooper<sup>2</sup> zastanawiał się, czy kolejne wersje DSM i ICD powinny „stymulować i dręczyć następne pokolenie osób zatrudnionych w psychiatrycznej ochronie zdrowia, czy im służyć, stosownie od ich punktu widzenia”. W chwili, kiedy od planowanego wydania DSM-V (2012 r.) i ICD-11 (2014 r.) dzieli nas tylko kilka lat, to pytanie jest aktualne jak nigdy wcześniej.

Zajmujący się tym problemem Michael First, jedna z osób decydujących o kształcie DSM-IV, zgłasza kłopotliwe zagadnienie „zharmonizowania” ICD-11 i DSM-V. Taki cel jest równie wartościowy, jak trudny do osiągnięcia, biorąc pod uwagę różnice dotyczące genезy, celów i zakresu obydwu klasyfikacji.<sup>3</sup> Chociaż DSM-IV i ICD-10<sup>4</sup> są powszechnie uważane za dokumenty charakteryzujące się opartą na dowodach wiarygodnością definicji i rozpoznania zaburzeń psychicznych, to powstawały one w różnych kontekstach i obejmowały częściowo nakładające się, ale jednak różne populacje. ICD, której piąty rozdział obejmuje zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, powstała w ramach oficjalnej działalności WHO, a celem było stworzenie wspólnego języka służącego wiarygodnemu rozpoznawaniu wszystkich znanych chorób i stanów zdrowotnych w populacjach całego świata. W przeciwieństwie do tego DSM jest przede wszystkim narodowym systemem klasyfikacji zaburzeń psychicznych, opracowanym przez profesjonalną organizację pozarządową – Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (American Psychiatric Association, APA). DSM została jednak powszechnie przyjęta przez amerykańskie agencje rządowe, takie jak FDA i Social Security Administration, a także system ubezpieczeń zdrowotnych i system prawny. Od czasu wpro-

wadzenia jasno sprecyzowanych kryteriów diagnostycznych i znacznego poszerzenia listy kategorii diagnostycznych DSM-III<sup>5</sup> i późniejsze wydania DSM zyskały znaczenie międzynarodowe. Niezależnie od znacznego udziału ekspertów, DSM swój sukces w znacznej mierze zawdzięcza ciągłemu wsparciu finansowemu i strategii marketingowej o światowym zasięgu.<sup>6</sup> Chociaż DSM-III dostarczyło silnego bodźca, proces powstawania ICD-10 był odmienny. WHO prowadziło zakrojone na dużą skalę konsultacje z klinicystami i badaczami reprezentującymi tradycje i szkoły naukowe zakorzenione w różnych kulturach i uwarunkowaniach społeczno-ekonomicznych. Proces ten wymagał również współpracy z osobami opracowującymi DSM-IV, wynikiem czego była duża międzynarodowa konferencja.<sup>7</sup> Chociaż ICD-10 zostało opublikowane dwa lata wcześniej niż DSM-IV, współpraca sprawiła, że w wielu aspektach tych dwóch klasyfikacji pojawiła się zgodność. Nigdy nie zakładano ich identyczności, a różnice między nimi były nieuchronne, co wyjaśniono w trzech dalszych artykułach redakcyjnych.<sup>8-10</sup>

Obecny proces przygotowywania odpowiednich zmian tych dwóch klasyfikacji jest wyjątkowy, ponieważ odbywa się synchronicznie, co stwarza możliwość zlikwidowania niezgodności dzięki powołaniu formalnej Grupy harmonizacji i koordynacji ICD-DSM (Harmonization Coordination Group). Przegląd Firsta dotyczący „możliwości i trudności” powinien pozwolić opracować pomocną mapę tego procesu.

## Podobieństwa i różnice

W swojej analizie First dokonuje rozróżnień między trzema grupami definicji i kryteriów diagnostycznych w ramach dwóch klasyfikacji. Wyodróżnia najmniejszą grupę zaburzeń, w przypad-

ku których ICD-10 i DSM-IV właściwie nakładają się, grupę 23 zaburzeń (36 zestawów kryteriów), w przypadku których różnice są znaczące i wynikają z rozbieżnych perspektyw koncepcyjnych oraz grupę 50 zaburzeń, w przypadku których różnice wynikają przede wszystkim z odmienności w nazewnictwie i są stosunkowo błahe. Ponieważ jedynym zaburzeniem, którego definicje w ICD-10 i DSM-IV są identyczne, jest zespół tików przemijających, lista zaburzeń charakteryzujących się drobniejszymi różnicami w definicjach obejmuje otępienie, majaczenie (zaburzenia świadomości), uzależnienie od substancji psychoaktywnych, podtypy schizofrenii, nawracające zaburzenie depresyjne (zaburzenie afektywne jednobiegunowe), zaburzenie lękowe z napadami paniki, zaburzenie lękowe uogólnione, zaburzenie stresowe pourazowe i wiele innych. Jednak zaburzenia, w przypadku których różnice pojęciowe wydają się stawiać istotne pytania, wymagają komentarza.

W przeciwieństwie do DSM-IV, które zawiera jeden zestaw „operacyjnych” kryteriów diagnostycznych dla wszystkich użytkowników, ICD-10 stanowi „rodzinę” wzajemnie powiązanych ze sobą wersji, adresowanych do różnych użytkowników. W przypadku ICD-10 pojęciowy rdzeń systemu klasyfikacyjnego stanowią „Opisy kliniczne i wytyczne diagnostyczne” (Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines),<sup>4</sup> których pochodnymi do stosowania w specyficznych sytuacjach są „Badawcze kryteria diagnostyczne” (Diagnostic Criteria for Research)<sup>11</sup> oraz opracowany przez WHO „Przewodnik po psychiatrii w ramach podstawowej opieki zdrowotnej” (Guide to Mental Health in Primary Care).<sup>12</sup> First w swojej analizie porównuje kryteria DSM-IV raczej z podobnie skonstruowanymi „Badawczymi kryteriami diagnostycznymi” ICD-10 niż bardziej elastycz-

nymi „Opisami klinicznymi i wytycznymi diagnostycznymi”. Dlatego rozbieżności diagnostyczne między tymi dwiema klasyfikacjami mogą wydawać się większe niż rzeczywistość są w codziennej praktyce klinicznej.

## Jedna klasyfikacja czy dwie?

Nadal będą powstawać nowe wydania DSM i ICD, a pod pewnymi względami obie klasyfikacje będą konkurować ze sobą. Istnienie dwóch konkurencyjnych klasyfikacji może oczywiście powodować pewien zamęt, szczególnie dlatego, że wiele różnic między nimi ma blahy lub przypadkowy charakter, co zauważył First. Z drugiej strony dostępność dwóch równoległych klasyfikacji charakteryzujących się pewnymi wyraźnie stwierdzonymi różnicami koncepcyjnymi pomaga wyjaśnić tymczasowy charakter wielu pojęć nozologicznych i arbitralność definicji. W przypadku niemożliwych do pogodzenia różnic pojęciowych należy zwracać na nie uwagę w sposób zachęcający do dalszych badań wyjaśniających zalety i wady alternatywnych pojęć lub definicji. W końcu, DSM-V i ICD-11 muszą zostać ocenione pod kątem trafności i przydatności.

## Kryteria oceny korzyści z dostosowania przyszłych klasyfikacji<sup>14</sup>

### Istotność kliniczna i łatwość wykorzystania

Kliniczna przydatność klasyfikacji zależy od jej reprezentacyjnego zakresu (zasiegu), zdolności opisu cech poszczególnych jednostek (takich jak nasilenie kliniczne, zaburzenia i niesprawność) oraz łatwości wykorzystania w różnych ośrodkach klinicznych i warunkach kulturowych. W zasadzie klasyfikacja powinna umożliwiać zindywidualizowanie oceny diagnostycznej w stopniu satysfakcjonującym większość lekarzy i badaczy. Klasyfikacja powinna być możliwa do adaptacji z uwzględnieniem różnych stylów poznawczych użytkowników, pozwalając klinicytom na wykorzystywanie rodzaju wiedzy przeważnie opisywanej jako dowiadanie lub ocena kliniczna oraz umożliwiać podejmowanie decyzji z sytuacji niepewności, niekompletności danych i działania pod presją czasu.

### Rzetelność

DSM-III i kolejne wydania DSM, a także ICD-10 przeszły badania kliniczne, które potwierdziły ich rzetelność. Kryteria diagnostyczne przyszłych klasyfikacji zostaną podobnie zbadane, jest jednak mało prawdopodobne, aby rzetelność pozostała głównym celem – w przeciwieństwie do trafności. Jednak rzetelność ogranicza ocenę przydatności trafności w takim znaczeniu, że trafność byłaby niezwykle trud-

na do określenia, gdyby dana kategoria diagnostyczna była nierzetelna.

### Kategorie i wymiary

Modele kategoriałowe są głęboko zakorzenionymi reprezentacjami rozpoznawczych medycznych. Mają wiele zalet, praktycznych i koncepcyjnych – są łatwe do wykorzystania w warunkach niepewności i przy niekompletnych informacjach klinicznych. Wadą modeli kategoriałowych jest skłonność do promowania „odrębnej jednostki” w ramach zaburzeń psychicznych. Z drugiej strony modele wymiarowe wprowadzają zmienność ilościową i stopniowe przechodzenie pomiędzy różnymi postaciami danego zaburzenia, a także między „normalnością” a patologią. To, czy zaburzenia psychiczne powinny być oceniane w modelach wymiarowych czy kategoriałowych, pozostaje pytaniem otwartym, wymagającym dalszych badań. Prawdopodobna trudność związana z modelami wymiarowymi wynika z braku zgody co do liczby i charakteru wymiarów koniecznych do opisu istotnej klinicznie cechy, braku empirycznie potwierdzonych jednostek pomiaru do oceny nasilenia lub zmiany oraz kłopotliwości ich wykorzystania w codziennej praktyce klinicznej. Te zastrzeżenia mogą uniemożliwiać, przynajmniej w najbliższej przyszłości, radykalną restrukturyzację klasyfikacji psychiatrycznej i przejście z formy przede wszystkim kategoriałowej do modelu przede wszystkim wymiarowego. Modele kategoriałowe i wymiarowe nie wykluczają się jednak całkowicie. Możliwe powinno być uzupełnienie udoskonalonych opisów kategoriałowych zespołów klinicznych wybranymi cechami ilościowymi, oceniającymi funkcje poznawcze, predyspozycje osobowościowe czy wstępne biomarkery struktury i funkcji mózgu.

### Uwzględnianie potrzeb badaczy

Wykorzystywanie klasyfikacji jako narzędzia badawczego wymaga oceny wymagań, które nie zawsze są zbieżne. Na przykład w badaniach biologicznych właściwy może być inny rodzaj kryteriów diagnostycznych niż w badaniach epidemiologicznych. Badania molekularne dotyczące genetycznego podłoża psychoz, bazujące przede wszystkim na wspólnych konsorcjach i zasobach finansowych, zazwyczaj opierają się na założeniu biologicznej przydatności kryteriów DSM. Natomiast badania asocjacyjne w skali genomu (genome-wide association studies, GWAS), obejmujące obecnie ponad 10 000 osób i nawet jeszcze większe liczby osób w zdrowej grupie kontrolnej, dotychczas w niewielkim stopniu przyczyniły się do zrozumienia genetycznego podłoża częstych zaburzeń psychotycznych. Niezależnie od genetycznej różnorodności charakteryzującej wiele zaburzeń psychicznych możliwe, że obecna nozologia nie definiuje fenotypów optymalnych do badań genetycznych. Zaburzenia uwzględniane w aktualnych klasyfikacjach mogą stanowić fenotypowy punkt końcowy (skraj-

ny fenotyp) wielu szlaków patogenetycznych i interakcji patoplastycznych, maskując istotną zmienność podstawowego podłoża neurobiologicznego i endofenotypów poznawczych. Dalszy rozwój badawczych systemów diagnostycznych powinien uzupełniać rozpoznania kliniczne o wybrane parametry ilościowe dotyczące struktury mózgu, dysfunkcji poznawczych i neurofizjologicznych.

### Uwzględnianie potrzeb użytkowników psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Klasyfikacje diagnostyczne mają istotne implikacje dla dobrego samopoczucia i praw tych, którzy podlegają rozpoznawaniu lub klasyfikowaniu. Najważniejszym problemem, który należy brać pod uwagę przy opracowywaniu klasyfikacji diagnostycznych, jest unikanie stygmatyzacji. Oznacza to, że rozpoznania psychiatryczne i decyzje terapeutyczne należy przedstawiać językiem dostępnym dla laików, dostosowanym do konkretnych warunków. Należy brać pod uwagę przede wszystkim potrzeby społeczne i poczucie własnej wartości osób diagnozowanych i ich rodzin.

From the British Journal of Psychiatry (2009) 195, 379–381. Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyright © 2010 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.

### Piśmiennictwo

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edn) (DSM-IV). APA, 1994.
2. Cooper J. On the publication of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fourth Edition (DSM-IV). *Br J Psychiatry* 1995;166: 4–8.
3. First MB. Harmonisation of ICD-11 and DSM-V: opportunities and challenges. *Br J Psychiatry* 2009;195:382–90.
4. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. World Health Organization, 1992.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd edn) (DSM-III). APA, 1980.
6. First MB. The DSM series and experience with DSM-IV. *Psychopathology* 2002;35:67–71.
7. World Health Organization (WHO), Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration (ADAMHA). *Mental Disorders, Alcohol and Drug-related Problems. International Perspectives on their Diagnosis and Classification*. Elsevier Science Publishers, 1985.
8. Andrews G, Slade T, Peters L. Classification in psychiatry: ICD-10 versus DSM-IV. *Br J Psychiatry* 1999;174:3–5.
9. First MB, Pincus HA. Classification in psychiatry: ICD-10 v. DSM-IV. A response. *Br J Psychiatry* 1999; 175:205–9.
10. Cooper JE. Prospects for Chapter V of ICD-11 and DSM-V. *Br J Psychiatry* 2003;183:379–81.
11. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. World Health Organization, 1993.
12. WHO Collaborating Centre for Mental Health Research and Training. *WHO Guide to Mental Health in Primary Care*. Royal Society of Medicine Press, 2000.
13. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 4–12.
14. Jablensky A, Kendell RE. Criteria for assessing a classification in psychiatry. In *Psychiatric Diagnosis and Classification* (eds M Maj, W Gaebel, JJ López-Ibor & N Sartorius): 1–24. John Wiley, 2002.

# Komentarz

Fot. Włodzimierz Wasyluk



**Prof. dr hab. n. med.  
Jerzy Landowski**  
Katedra Chorób  
Psychicznych  
Gdański Uniwersytet  
Medyczny

W 2006 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) podjęła decyzję o rewizji dotychczasowej międzynarodowej klasyfikacji chorób (ICD-10) (włączając w to również rozdział dotyczący zaburzeń psychicznych) i opracowaniu nowej edycji. Niedługo potem - w 2007 roku - Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA) powołało grupę do opracowania nowej edycji DSM. W 2012 roku mają ukazać się ICD-11 i DSM-V. Nowe propozycje klasyfikacji zaburzeń psychicznych mają uwzględnić aktualne osiągnięcia naukowe, jak i opinie klinicystów. Obie grupy podjęły współpracę w celu osiągnięcia pewnej spójności między obiema klasyfikacjami, ich „zharmonizowania”. Różnice między tymi klasyfikacjami świadczą z pewnością o niedoskonałości i tymczasowości obecnych systemów diagnostycznych, ale także stanowią podstawę do tworzenia nowych koncepcji i opartych na nich systemach klasyfikacyjnych.

Jablonsky uważa, że ocena przydatności przyszłych systemów klasyfikacyjnych powinna opierać się na ich łatwości wykorzystania zarówno w codziennej praktyce klinicznej, jak i badaniach naukowych, rzetelności, pełności opisu obrazu psychopatologicznego (klasyfikacja kategoryjna i wielowymiarowa), ale także neurobiologicznego przy równoczesnym uwzględnie-

niu potrzeb pacjentów. Trudno nie zgodzić się z tymi tezami.

Przy czytaniu powyższego artykułu jak i innych, poruszających podobne problemy, nasuwają się pewne refleksje. Obecne klasyfikacje zaburzeń psychicznych opierają się na modelu kategoryjnym, który jest obowiązujący w naukach medycznych. Wyróżnia on odrębne kategorie - zaburzenia, których rozpoznanie opiera się na obecności określonych objawów. Przy tworzeniu kategorii wykorzystuje się tradycję, kliniczne i epidemiologiczne badania empiryczne, w nielicznych przypadkach także obecność patologicznych wykładników biologicznych. Na ogół model kategoryjny przypisuje określonej kategorii diagnostycznej odpowiednią przyczynę patogenetyczną i zakłada skuteczność odpowiedniej metody terapeutycznej. W swojej skrajnej postaci (DSM-IV, Badawcze Kryteria Diagnostyczne ICD-10) wymaga do postawienia rozpoznania odpowiedniej liczby objawów (arbitralny próg diagnostyczny). Najczęściej poszczególne objawy mają równorzędne znaczenie diagnostyczne. Dla ujednoczenia i zwiększenia rzetelności stosowane są określone narzędzia diagnostyczne (np. SCID dla DSM-IV). Takie postępowanie oczywiście ujednocza procedurę badawczą, osobie badanej daje poczucie komfortu i bezpieczeństwa, zrzucając ewentualną odpowiedzialność za błąd diagnostyczny i wynikający z tego terapeutyczny na procedurę. Proces diagnostyczny staje się czynnością mechaniczną bez refleksji nad poszczególnymi objawami, ich wzajemnymi zależnościami. Uwzględnia jedynie te objawy, które mają znaczenie operacyjne, tzn. ujęte są w kryteriach diagnostycznych. Na dodatek brak od-

powiedniej definicji tych objawów powoduje, że rzetelność tych narzędzi w praktyce nie jest zbyt wysoka. Rezultatem takiego podejścia klasyfikacyjno-diagnostycznego jest stwierdzany wysoki odsetek współchorobowości oraz znaczny odsetek rozpoznanych „nigdzie indziej nie sklasyfikowanych”. Istnieje duże niebezpieczeństwo rozpoznania tzw. zaburzeń podprogowych, które nie są w konsekwencji leczone, chociaż ich nasilenie często jest znaczne.

Coraz częściej pisze się o zastosowaniu modeli wielowymiarowych w klasyfikacji zaburzeń psychicznych, które miałyby pełniej i właściwiej opisywać rzeczywistość kliniczną. W przygotowywanej edycji DSM-V system kategoryjny uzupełniony ma być w niektórych kategoriach o ocenę wymiarową. Daleko nam do stworzenia pełnego wielowymiarowego systemu klasyfikacyjnego. Wymaga on innego niż dotąd spojrzenia na psychopatologię. Nie ma zresztą pewności, czy będzie on właściwy do strukturalnego opisu złożoności psychopatologicznej i dostatecznie przydatny w planowaniu postępowania terapeutycznego.

Toczące się dyskusje wskazują, że z punktu widzenia teoretycznego i praktycznego problem adekwatnej klasyfikacji zaburzeń psychicznych znajduje się w impasie. Wydaje się on w dużej mierze wynikać ze zbyt pragmatycznego i proceduralnego traktowania objawów psychopatologicznych. Wnikliwy i pełny opis objawów psychopatologicznych, uwzględniający ich stronę subiektywną i obiektywną w kontekście współczesnych osiągnięć neurobiologii, psychologii i socjologii być może stanowi szansę przełamania tego impasu.