

## Podstawowe założenia i rozwiązania we współczesnych klasyfikacjach zaburzeń psychicznych

*Basic assumptions and solutions in contemporary classifications of mental disorders*

JACEK WCIÓRKA

Z I Kliniki Psychiatrycznej IPiN w Warszawie

**STRESZCZENIE.** Ostatnie lata przyniosły zauważalny postęp w zakresie metodologicznych podstaw diagnostyki psychiatrycznej. Ostatecznym wyrazem takiego rozwoju, rozciągającego się na wszystkie trzy fazy (fenomenologiczną, nozologiczną i taksonomiczną) procesu diagnostycznego, są współczesne klasyfikacje zaburzeń psychicznych, z których dwie (DSM-III-R i ICD-10), wyróżniają się nie tylko międzynarodowym zasięgiem, lecz również nowymi założeniami metodologicznymi i rozwiązaniami praktycznymi.

**SUMMARY.** An evident progress has been noted in recent years as regards methodological basis of psychiatric diagnostics. Development in all the three stages of the diagnostic process (phenomenological, nosological and taxonomic) has been expressed in contemporary classifications of mental disorders. Two of these classifications (DSM III-R, ICD-10) are particularly noteworthy not only due to their international range, but also to their novel methodological assumptions and practical solutions.

**Słowa kluczowe:** zaburzenia psychiczne / klasyfikacje / DSM-III-R / DSM-IV / ICD-10

**Key words:** mental disorders / classifications / DSM-III-R / DSM-IV / ICD-10

Jednym z mniej oczekiwanych następstw myśli "antypsychiatrycznej" przełomu lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych było odnowienie i pogłębienie zainteresowania metodologicznymi podstawami diagnostyki i klasyfikacji zaburzeń psychicznych. Motywowała do tego surowa krytyka, jakiej poddano wówczas obowiązujące standardy postępowania diagnostycznego, zarzucając im m.in. niedostateczną rzetelność i trafność oraz nieuświadomiane założenia, uwarunkowania i konsekwencje społeczne, etyczne, kulturowe.

Po przesileniu, wraz ze znikaniem radykalnych haseł antypsychiatrycznych, pojawiły się różnorodne próby zmierzające do poprawy istniejących założeń i procedur diagnostycznych (por. Spitzer i Williams 1985, Katschnig i Simmhandl 1986, Sass 1987, Maier i Phillip 1988, Jablensky 1988). Można wskazać kilka dominujących tendencji rozwojowych:

- pogłębienie się *świadomości metodologicznej* diagnostów, wynikające zarówno ze studiów metodologicznych nad uwarunkowaniami procesu diagnostycznego, jak również z badań porównawczych nad procedurami diagnostycznymi czy preferencjami diagnostycznymi w różnych regionach świata,
- poprawa *rzetelności* diagnozowania poprzez wprowadzenie standaryzowanych narzędzi opisu bądź kwantyfikacji stanu psychicznego (inwentarze, skale psychopatologiczne) oraz przez wprowadzenie narzędzi standaryzujących sam przebieg badania i jego zakres (wywiady standaryzowane, operacjonalizacja kryteriów),
- poprawa *trafności* diagnozowania poprzez poszukiwanie wskaźników określających lub uściślających pozycję etiopatogenetyczną różnych zaburzeń oraz poprzez poszukiwanie procedur statystycznych i klinicz-

nych służących wyodrębnianiu nowych i uściśleniu lub modyfikowanych już istniejących kategorii diagnostycznych.

Wszystkie te działania prowadzą ostatecznie do zmian w sposobie klasyfikowania zaburzeń psychicznych, który w ostatnich dwóch dekadach coraz silniej zaczął ulegać międzynarodowej presji zmierzającej do nadania mu cech większej jednorodności i porównywalności. Omówienie tego zagadnienia stanie się bardziej przejrzyste, jeżeli wyprzedzi je zwięzłe przypomnienie właściwości całego procesu diagnostycznego, którego fragmentem jest klasyfikowanie zaburzeń psychicznych.

### PROCES DIAGNOSTYCZNY

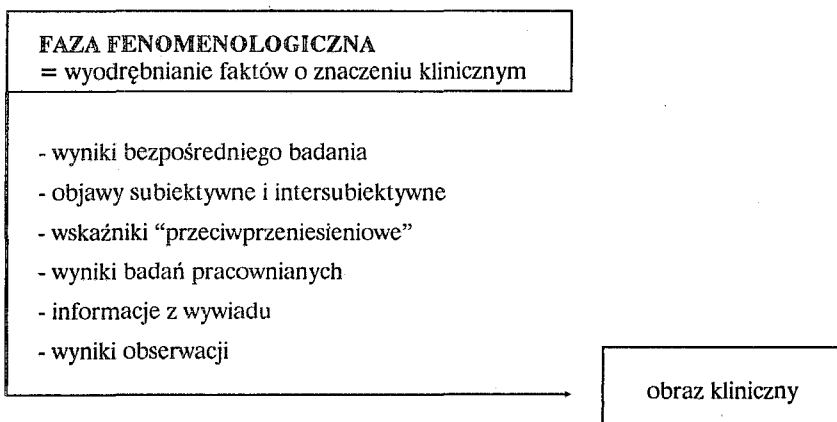
Rozpoznawanie zaburzeń psychicznych nie jest jednorazowym aktem, lecz rozciągniętym w czasie procesem. Można wyróżnić wiele faz (etapów) procesu prowadzącego od zróżnicowanej obfitości informacji dostępnych diagnoście w kontakcie z chorym z zaburzeniami psychicznymi do wskazania miejsca tych za-

burzeń w systemie uporządkowanej wiedzy klinicznej. Można je dostrzec zarówno w wymiarze indywidualnym, prowadzącym do ustalenia sensownego rozpoznania u pacjenta, jak i w wymiarze ogólnym, zmierzającym do skonstruowania adekwatnej do rzeczywistości i potrzeb klinicznych klasyfikacji psychiatrycznej. Dla celów praktycznych warto wyodrębnić co najmniej trzy omówione poniżej fazy tego procesu.

### Faza fenomenologiczna (opisowa)

Proces zmierza w tej fazie do wyodrębnienia - spośród wielu, różnorodnych faktów związanych z przeżywaniem zaburzeń psychicznych - takich faktów, którym można przypisać znaczenie kliniczne, tzn. przydatnych do opisu indywidualnego *obrazu klinicznego zaburzeń* (rys.1). Fakty kliniczne mogą mieć różnorodny charakter (przeżycia, zachowania, informacje z wywiadu, wyniki badań) oraz zróżnicowaną wartość diagnostyczną (np. pierwso- i drugorzędowe, osiowe i dodatkowe, patognomiczne).

Rysunek 1. *Fenomenologiczna faza procesu diagnostycznego.*

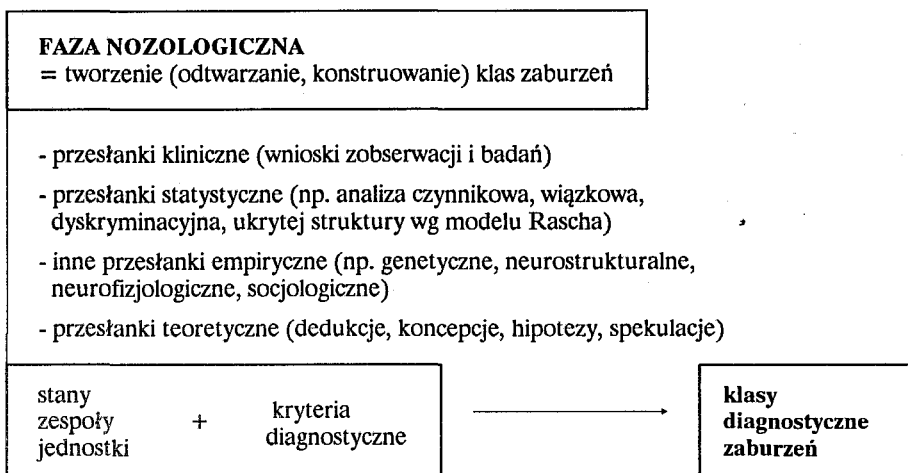


### Faza nozologiczna (nozograficzna)

Zmierza do utworzenia (lub w wymiarze indywidualnym - do wskazania) klas diagnostycznych, tj. takich klas (kategorii, typów) zaburzeń, które mają pewne wspólne właściwości i dzięki temu umożliwiają wyjście poza ich indywidualny obraz kliniczny, a tym samym - porównywanie zaburzeń u różnych pacjentów. Klasy diagnostyczne mogą być konstruowane w różny sposób i na podstawie róż-

nych przesłanek. Zawsze jednak stanowią pewien konglomerat faktów klinicznych, które w naturalnych warunkach często występują łącznie. Klasy diagnostyczne, w zależności od przypisywanych im właściwości (np. trwałości, przyczyn), mogą mieć różne nazwy i różną rangę kliniczną (np. stany, zespoły, jednostki). Fakty kliniczne o szczególnym znaczeniu dla definiowania klas - to kryteria diagnostyczne (rys.2).

Rysunek 2. Faza nozologiczna procesu diagnostycznego



Znane są klasy diagnostyczne o ustalonym od dawna kształcie (np. stan oniryczny, zespół depresyjny, otępienie). Wiele innych ulega ciągle jeszcze rozwojowi (np. zespół paranooidalny, schizofrenia). Ciągle też powstają propozycje klas nowych (np. zaburzenia schizotypowe) lub całkowicie odnowionych (np. dystymia, zespół paniki lękowej). Jest wiele podejść, które w rozmaity sposób określają sposób kształtowania zakresu i kryteriów klasy diagnostycznej (por. Katschnig i Simmhandl 1986, Maier i Phillip 1988). Można je przedstawić w postaci kolejnych przeciwstawięć opisujących kontinua możliwych wyborów. Współczesne klasyfikacje o zasięgu między-

narodowym (DSM-III-R, ICD-10) wybierają raczej podejścia przedstawione po prawej stronie tych przeciwstawięć.

Podejście *idiograficzne vs nomotetyczne*. Pierwsze z nich zmierza do tworzenia klas o bycie jednostkowym, abstrahującym od możliwości uogólniania i poszukiwania prawidłowości (np. analizy egzystencjalne L. Binswagera). Podejście nomotetyczne dąży do formowania klas abstrahujących od indywidualnej specyfiki, reprezentujących bardziej ogólny punkt widzenia, wskazujących na prawidłowości i powtarzalność obrazu klinicznego.

Podejście *typologiczne vs kategoriałne*. Podejście typologiczne definiuje klasę poprzez

opis wyidealizowanego typu (wzorca), zwykle odległego od realnie obserwowanych obrazów klinicznych, do którego to typu te realne obrazy mniej lub bardziej się zbliżają (Schwartz i Wiggins 1987a, Schwartz i Wiggins 1987b). Podejście kategoryjne definiuje klasę w sposób bardziej jednoznaczny, przez określenie ścisłych kryteriów, których spełnienie umożliwia zaliczenie do danej kategorii (lub nie). Konsekwencją podejścia typologicznego jest obecność klas zaburzeń "mieszanych" (np. schizoafektywnych), podczas gdy podejście kategoryjne prowadzi do powstawania klas resztkowych (zaburzenia "inne", "bno").

Podejście *swobodne vs operacyjne (zoperacjonalizowane)*. Pierwsze z nich opiera się na tradycyjnym, "intuicyjnym", heurystycznym definiowaniu i użyciu kryteriów diagnostycznych. Podejście operacyjne wykorzystuje natomiast schemat decyzyjny o charakterze niezawodnego algorytmu, tj. sekwencji działań (decyzji) prowadzących w powtarzalny sposób do jednoznacznego zakwalifikowania danego obrazu klinicznego. Operacjonalizacja decyzji diagnostycznych bardzo zwiększa rzetelność rozpoznawania, lecz zarazem ogranicza pojemność klas, ponieważ wyklucza możliwość włączenia do klasy obrazów klinicznych wymagających użycia operacji niezdefiniowanych ("intuicyjnych").

Podejście *jednoosiowe vs wieloosiowe*. Różnica polega na ograniczeniu opisu klasy do

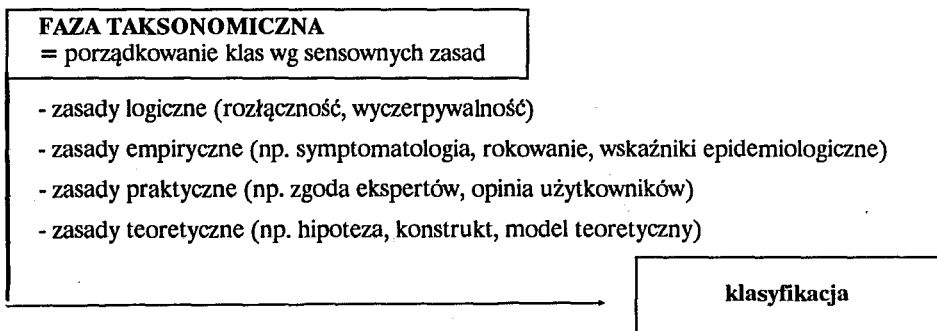
jednego aspektu (osi, wymiaru, obszaru) obrazu klinicznego (np. zespołu psychopatologicznego) lub poszerzeniu go o inne jeszcze aspekty (np. cechy osobowości, czynniki etiologiczne, przystosowanie społeczne).

Podejście *monotetyczne vs politetyczne*. Podejście monotetyczne posługuje się ograniczoną (najczęściej jedną) liczbą zasad zaliczania do klasy diagnostycznej, poprzez zdefiniowanie warunków wystarczających lub koniecznych (np. "dla rozpoznania klasy X, konieczne jest spełnienie wymagań A, B i C"). Podejście politetyczne umożliwia posłużenie się nieograniczoną (lub mało ograniczoną) liczbą zasad zaliczania (np. "dla rozpoznania zespołu Y konieczne jest spełnienie co najmniej dwóch z następujących ośmiu wymagań").

#### Faza taksonomiczna (klasyfikacyjna)

Proces diagnostyczny zmierza tu do uporządkowania klas wg sensownych zasad (lub w wymiarze indywidualnym - do wpisania miejsca obserwowanych zaburzeń w takim uporządkowaniu). Mogą tu być wykorzystane różne zasady (rys. 3). Większość klasyfikacji medycznych ciąży ku uporządkowaniu wg znanej lub domniemanej etiologii zaburzeń. Tam, gdzie nie jest to możliwe wykorzystywane bywają inne zasady (np. symptomatologia, przebieg). Uporządkowane klasy diagnostyczne tworzą ostatecznie klasyfikację.

Rysunek 3. Faza taksonomiczna procesu diagnostycznego.



Także w tej fazie procesu możliwe są zróżnicowane wybory metodologiczne nadające zróżnicowany charakter ostatecznej klasyfikacji (Katschnig i Simmhandl 1987, Maier i Philip 1988). Współczesne klasyfikacje o międzynarodowym zasięgu (DSM-III-R, ICD-10) ciążą raczej ku podejściom zestawionym po prawej stronie poniższych przeciwstawień.

**Podejście naturalne vs numeryczne.** Podejście naturalne (fioletyczne) zmierza do odzwierciedlenia w uporządkowaniu istoty klasyfikowanych zaburzeń, szuka naturalnych zasad tego uporządkowania (np. etiopatogenezy). Podejście numeryczne (fioletyczne) porzeka na odzwierciedleniu podobieństw bardziej powierzchownych (zwykle opartych na porównywaniu wielkości), szuka charakterystycznej miary pozwalającej na uporządkowanie klas (np. czas trwania zaburzeń, częstość występowania objawu).

**Podejście teoretyczne vs empiryczne.** Różnią się rodzajem argumentów wykorzystywanych w porządkowaniu klas. W pierwszym przypadku są to argumenty teoretyczne (np. domniemane mechanizmy obronne), w drugim - argumenty empiryczne (np. wyniki badań epidemiologicznych, biochemicznych).

**Podejście jednorodne (ortodoksyjne) vs kompromisowe.** Pierwsze odwołuje się do mniej lub bardziej konsekwentnych i zwartych poglądów określonych "szkół" (np. "gdańskiej", "heidelberskiej"). Podejście kompromisowe wyraża się wolą uzgadniania opinii i ustalania rozwiązań uwzględniających różne tradycje i nawyki diagnostyczne. Klasyfikacje o zasięgu międzynarodowym są z konieczności takimi kompromisami klasyfikacyjnymi.

**Podejście hierarchiczne vs nie-hierarchiczne.** Pierwsze zakłada jakieś wzajemne podporządkowanie sobie klas diagnostycznych (np. wg znanych zasad Jaspersa), drugie - ich równoważność. Współcześnie - poza uznanym prymatem diagnostycznym zaburzeń organicznych - przeważa tendencja do odejścia od tradycyjnej hierarchii diagnostycznej, na rzecz bardziej równorzędnego traktowania klas diagnostycznych (*ang. co-morbidity*).

Tendencja ta wyraża się np. zaleceniem ujmowania w rozpoznaniu tyłu zespołów, ile okaże się konieczne do pełnego opisu zaburzeń oraz do posłużenia się przy wyliczaniu tych zespołów raczej porządkiem alfabetycznym niż innym (opartym na domniemaniach lub spekulacjach patogenetycznych).

## WSPÓŁCZESNE KLASYFIKACJE ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

Spitzer i Williams (1985) wymieniają 3 cele, którym służą klasyfikacje psychiatryczne.

**Poznanie.** Wyodrębnienie klas i zaproponowanie klasyfikacji umożliwia stawianie hipotez, tworzenie konstruktów i budowanie teorii oraz ich sprawniejszą weryfikację. Są to warunki rozpoznania ponadindywidualnych prawidłowości organizujących wiedzę psychiatryczną.

**Panowanie.** Poznanie klas o znanych właściwościach ułatwia wypracowanie skutecznych wzorców i zasad postępowania praktycznego w psychiatrii - w zakresie indywidualnej terapii, rehabilitacji i profilaktyki oraz zadań instytucjonalnych czy polityki zdrowotnej.

**Porozumiewanie się.** Dzięki klasyfikacjom istnieje pewien wspólny język, pewna struktura i logika wiążąca klasy zaburzeń. Sprzyja to porozumieniu między diagnostami o różnym przygotowaniu i tradycjach diagnostycznych i umiejscowieniu geograficznym.

Klasyfikacje pełnią - często niedostrzeganą i niedocenianą - rolę szkieletu, na którym osadzone są język, zasady postępowania i zasoby wiedzy klinicznej i teoretycznej. Jeszcze w latach sześćdziesiątych mnogość mniej lub bardziej ortodoksyjnych klasyfikacji o lokalnym lub regionalnym zasięgu mogła powodować wrażenie swoistej, psychiatrycznej "wieży Babel". Ostatnie dwie dekady - to dekady wzrastającej roli dwóch po części rywalizujących, po części uzupełniających się klasyfikacji o zasięgu międzynarodowym:

- *ICD*, czyli klasyfikacji międzynarodowej przygotowywanej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO),

- *DSM*, czyli klasyfikacji przygotowywanej przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA).

Aktualne wersje - to ICD-9 (obowiązująca oficjalnie w Polsce) oraz DSM III-R (DSM III-R, 1987). W nawiązaniu do niektórych rozwiązań DSM-III-R (i w dyskusji z nimi) powstała nowa, dziesiąta z kolei wersja ICD (ICD-10) opublikowana w roku 1992. W dyskusji z kolejnymi projektami i finalną wersją ICD-10 powstaje nowa wersja klasyfikacji amerykańskiej (DSM-IV). Stan prac nad nią umożliwił już opublikowanie projektu (DSM IV, 1993) podstawowych propozycji dotyczących układu całości oraz szczegółowych kryteriów. Zawiera on szereg zmian w stosunku do DSM-III-R. Trzeba powiedzieć, że prace nad konstrukcją tak ICD-10 (Sartorius 1988, Burke 1988, Sartorius 1991), jak i DSM IV (Frances i wsp. 1991; DSM IV, 1992) były zakreślone szeroko i wielostronnie. Obejmowały dyskusje ekspertów, analizę badań przynoszących empiryczne i teoretyczne przesłanki do rozstrzygnięć, a także badania terenowe nad rzetelnością, trafnością i użytecznością wstępnie proponowanych rozwiązań. W przypadku ICD-10 były to badania międzynarodowe, w których uczestniczyli diagnostyci z bardzo różnych regionów świata. Także wobec DSM IV, w związku z jej szeroką recepcją, wykraczającą poza warunki (cywilizacyjne, kulturowe), w jakich powstała, podejmowano intensywnie dyskusje nad jej kulturowymi uwarunkowaniami i transkulturową stosowalnością (Littlewood 1992)

W dalszej części tego opracowania przedstawię najważniejsze rozwiązania metodologiczne i merytoryczne cechujące DSM-III-R, projekt DSM IV oraz ICD-10.

## KLASYFIKACJA DSM-III-R

Trzecie wydanie klasyfikacji amerykańskiej (DSM-III) opublikowano w r. 1980 (DSM III, 1980). Zawierało ono nowatorskie podejście metodyczne, które wzbudziło ogromne zainteresowanie w wielu krajach. Szybko okazało

się jednak, że konieczne są pewne zmiany. To, co można było wprowadzić bez burzenia organizacyjnej struktury całej klasyfikacji wprowadzono w postaci opublikowanej w roku 1987 (DSM III-R, 1987) poprawionej wersji DSM-III (DSM-III-R). Jednocześnie podjęto pracę nad szerzej zakreślonymi zmianami, które znajdują wyraz w przyszłej DSM-IV.

### Definicja zaburzeń

DSM-III-R klasyfikuje *zaburzenia* (ang. *disorder*) psychiczne, rozumiane jako zespoły objawów manifestujących się zachowaniami lub przeżyciami, które wiążą się z: (1) *cierpieniem* (ang. *distress*), (2) *niesprawnością* (ang. *disability*) rzutującą się na funkcjonowania, (3) *doświadczeniem zwiększonego ryzyka* (śmierci, bólu, niesprawności) lub ze (4) *znaczoną utratą swobody*. Definicja zaburzeń psychicznych podkreśla ich wymiar indywidualny (tj. dotyczący pojedynczej osoby), co nie wyklucza jednak, że mogą one wykraczać poza ten wymiar i wpływać np. na funkcjonowania w rodzinie lub innej grupie społecznej.

Termin *disorder* ma podkreślać syndromologiczny charakter większości klas diagnostycznych opisanych w DSM-III-R. Klasyfikacja celowo unika mniej precyzyjnych i jednoznacznych terminów wskazujących na tzw. jednostki chorobowe (*disease, illness*), ograniczając ich użycie do sytuacji, gdy etiologia zaburzeń jest ustalona.

Autorzy klasyfikacji podkreślają swe zainteresowanie klasyfikowaniem zaburzeń a nie osób, co wyraża się niestosowaniem określeń w rodzaju: "schizofrenik", "neurotyk".

Niektóre stany tradycyjnie uznawane za zaburzenia psychiczne straciły taki status w DSM-III-R (np. homoseksualizm). Status innych pozostawiono dalszej dyskusji i badaniom (np. osobowość samoponiżająca się, zespół późnej fazy lutealnej). Obok zaburzeń psychicznych, DSM-III-R wymienia stany (oznaczone symbolem V), które nie będąc zaburzeniami mogą stać się przedmiotem badania lub obserwacji psychiatrycznej. Warto zauważyć, że nadawanie lub odbieranie pewnym

zespołom zachowań statusu zaburzeń psychicznych nie jest wolne od presji o charakterze pozamedycznym - np. ze strony stowarzyszeń homoseksualnych, feministycznych lub innych grup mniejszościowych (DSM IV, 1992). Wątpliwości wzbudza też - w związku z szeroką recepcją DSM-III-R w krajach tzw. trzeciego świata - ponadkulturowa uniwersalność niektórych klas diagnostycznych (np. anorexia nervosa) (Littlewood 1993).

### Zasadnicze cechy

DSM-III-R zawiera wiele nowych, konsekwentnie zastosowanych rozwiązań metodycznych. Najważniejsze z nich można opisać następująco.

1) *Opisowy i ateoretyczny charakter* tej klasyfikacji wyraża się zwłaszcza w dążeniu do dystansowania się wobec niejasności etiologicznych i niekonsekwencji terminologicznych charakterystycznych dla tradycyjnych klasyfikacji. Dążenie do precyzji opisu odzwierciedlającego realny obraz zaburzeń w sposób przydatny klinicznie i zgodny z wynikami badań empirycznych, przejawia się m. in.:

- preferowaniem pojęć i kryteriów *możliwie prostych, obserwowalnych i dostępnych intersubiektywnie* (zgodnie z metodologią logicznego pozytywizmu),
- unikaniem pojęć i kryteriów, których stosowanie wymaga *udziału inferencji* ze strony diagnosty - widowym skutkiem tego podejścia jest eliminowanie pojęć o niejasnej i powikłanej konotacji teoretycznej (np. psychoza, nerwica, zaburzenia psychosomatyczne); termin *psychoza (psychotyczny)* pojawia się wyjątkowo i tylko w znaczeniu opisowym (obecność urojeń, omamów, znacznej dezorganizacji zachowania), bez odniesień do np. mechanizmów obronnych osobowości; termin *nerwica* pojawia się tyl-

ko jako praktyczny synonim niektórych zaburzeń (np. lękowych),

- *systematycznością opisu* - każda klasa diagnostyczna jest wnikliwie opisana przy użyciu tego samego schematu obejmującego m.in. charakterystykę wieku, płci, początku i dalszego przebiegu zaburzeń oraz układu rodzinnego, a także zasady różnicowania i kryteria diagnostyczne
  - *wielostronnością instrukcji* - opis klas diagnostycznych uzupełniony jest o słownik podstawowych terminów, schematy decyzyjne oraz przykłady kazuistyczne (w postaci tzw. case book); istnieje też standaryzowany wywiad oparty na kryteriach i logice decyzji DSM-III-R (*SCID, Structured Clinical Interview for DSM-III-R*).
- 2) *Operacjonalizacja kryteriów diagnostycznych* została przeprowadzona z całą konsekwencją, choć jej jakość odzwierciedla w niektórych przypadkach niedostateczny lub niedostatecznie ustalony jeszcze stan wiedzy. DSM-III-R jest pierwszą klasyfikacją o konsekwentnie wprowadzonej operacjonalizacji kryteriów. Rodzi to niekiedy pokusę mało krytycznego jej wykorzystywania zamiast podręczników klinicznych, co jest oczywiście sprzeczne z celami klasyfikacji i intencjami jej autorów.
- 3) *Ograniczenie hierarchiczności*. DSM-III-R zaleca użycie w rozpoznaniu tylu klas diagnostycznych, ile trzeba, by opis zaburzeń był pełny. Zasada podporządkowania ogranicza się w zasadzie do uznania prymatu diagnostycznego zaburzeń organicznych. Wyraźnie zakwestionowane natomiast zostało np. tradycyjne podporządkowanie zaburzeń afektywnych schizofrenicznemu.
- 4) *Diagnostyka wieloosiowa*. Obowiązuje rozpoznawanie zaburzeń przy użyciu trzech osi diagnostycznych (I-III), zalecane natomiast jest użycie jeszcze dwóch (IV-V) (tabl.1)

Tablica 1. *Osie diagnostyczne DSM-III-R*

I.	Zespół kliniczny
II.	Zaburzenia rozwojowe/osobowości
III.	Choroby i stany somatyczne
IV.	Nasilenie stresu psychospołecznego - lista przykładowych stresorów - skala sześciostopniowa (brak stresu ⇒ stres o nasileniu katastroficznym)
V.	Poziom funkcjonowania życiowego - skala GAF ( <i>Global Assessment of Functioning</i> ) (0-99), przesłanki zdrowotne, psychologiczne, społeczne - ocena aktualna i maksymalna w ciągu ostatniego roku

### Główne kategorie diagnostyczne

Najbardziej interesujące propozycje DSM III-R dotyczą szczegółów kryteriów wyodrębnianych kategorii diagnostycznych. Ich omówienie przerasta możliwości tego opracowania. By docenić ich wagę, ocenić skutki praktyczne, trzeba zapoznać się z klasyfikacją w całej jej rozciągłości. Tu można jedynie wymienić najważniejsze, istotnie nowe i najczęściej dyskutowane ustalenia dotyczące zaproponowanych lub uporządkowanych klas zaburzeń.

Te najważniejsze nowości - to:

- konsekwentny podział otępień (alzheimerowskie, wielozawałowe, inne),
- rozbudowana klasyfikacja zaburzeń związanych z używaniem substancji nazwanych tu: psychoaktywnymi,
- wąska definicja schizofrenii oraz zastąpienie nazwy postaci hebefrenicznej, nazwą: "zdezorganizowana" (*ang. disorganized*),

- wprowadzenie klasy tzw. "większej" (*ang. major*) depresji oraz melancholicznego (endogennego) typu depresji i sezonowego wzorca zaburzeń afektywnych,
- nowy podział zespołów lękowych, zwłaszcza wyodrębnienie zespołów paniki i lęku uogólnionego,
- wprowadzenie klasy "zaburzeń somatofornicznych" (o postaci somatycznej),
- próby konsekwentnego podziału zaburzeń seksualnych, zaburzeń snu
- wyodrębnienie grupy zaburzeń pozorowanych (*ang. factitious*),
- wyodrębnienie, spośród zaburzeń typu borderline, "schizotypowych" zaburzeń osobowości.

Uytuowanie tych zmian w całości klasyfikacji ilustruje zestawienie jej głównych kategorii (tabl.2).

Tablica 2. *Główne kategorie diagnostyczne DSM-III-R*

### Zaburzenia po raz pierwszy ujawniające się zwykle w dzieciństwie

#### Zaburzenia rozwojowe\*\*

Upośledzenie umysłowe

Całościowe (*ang. pervasive*) zaburzenia rozwojowe  
*m. in. autystyczne*

Specyficzne zaburzenia rozwojowe  
*umiejętności szkolnych, języka i mowy, czynności ruchowych*

- Zaburzenie z zachowaniem niszczącym  
*nadruchliwość związana z deficytem uwagi, zaburzenia zachowania*
- Zaburzenia lękowe w dzieciństwie i adolescencji
- Zaburzenia odżywiania się  
*anoreksja nervosa, bulimia nervosa, pica, ruminacja*
- Zaburzenia tożsamości płciowej  
*transseksualizm i postaci nie-transseksualne*
- Zaburzenia z tikami  
*z Tourette'a, przewlekłych tików ruchowych i głosowych, tików przemijających*
- Zaburzenia wydalania  
*czynnościowe encopresis i enuresis*
- Zaburzenia mowy nie sklasyfikowane gdzie indziej  
*jąkanie, zacinać się*
- Inne zaburzenia w niemowlęctwie, dzieciństwie i adolescencji  
*muzyzm wybiórczy, zaburzenie tożsamości, kształtowania więzi (ang. reactive attachment disorder), stereotypii/nawyków*

#### Organiczne zaburzenia psychiczne

- Otępienia występujące w wieku starszym i przedstarczym  
*ch. Alzheimera, otępienie wielozawłowe, nieokreślone*
- Zaburzenia organiczne wywołane substancjami psychoaktywnymi  
*określa się rodzaj substancji (np. alkohol, cannabis) oraz charakterystyczne dla danego typu substancji zespoły (np. zatrucie, odstawienie, otępienie, zaburzenie urojeniowe, halucynozą, zaburzenie osobowości)*
- Zaburzenia organiczne związane z chorobami lub stanami somatycznymi (oznaczanymi na osi III) lub o nieznanej etiologii  
*zaburzenia świadomości, otępienie, organiczna halucynozą, zaburzenie: amnestyczne, organiczne urojeniowe, afektywne, lękowe, osobowościowe, inne*

#### Zaburzenia związane z użyciem substancji psychoaktywnych

- Alkohol
- Amfetamina i podobnie działające sympatykomimetyki
- Cannabis
- Kokaina
- Substancje halucynogenne
- Substancje wziewne
- Nikotyna
- Opioidy
- Fencyklidyna i podobnie działające arylocykloheksylaminy
- Substancje sedatywne, nasenne i anksjolityczne  
*w odniesieniu do wszystkich: uzależnienie, nadużywanie*
- Uzależnienie od wielu substancji

#### Schizofrenia

- postać: *katatoniczna, zdezorganizowana, paranoidalna, niezróżnicowana, rezydualna*
- przebieg: *subchroniczny, chroniczny, subchroniczny z zaostrzeniami lub bez, remisja*
- ponadto: *kryterium późnego początku (>45 roku życia)*

#### Zaburzenie urojeniowe (paranoidalne)

- typ treści: *erotomania, wielkościowy, niewiary, prześladowczy, somatyczny, nieokreślony*

**Zaburzenia psychotyczne nie sklasyfikowane gdzie indziej**

- Krótkotrwała psychoza reaktywna
- Zaburzenie schizofrenopodobne
- Zaburzenie schizoafektywne
- Indukowane zaburzenie psychotyczne

**Zaburzenia nastroju**

- Zaburzenia dwubiegunowe  
*epizod maniakalny lub nawracające zaburzenia dwubiegunowe, cyklotymia, nieokreślone*
- Zaburzenia depresyjne  
*epizodyczna lub nawracająca depresja (ang. major depression), dystymia, nieokreślone*
- ponadto:  
*kryteria nasilenia epizodu (lekki, umiarkowany, ciężki bez objawów psychotycznych, z objawami psychotycznymi, częściowa remisja, remisja pełna)*  
*kryteria przewlekłości i endogenności (oryg. melancholic type) dla epizodów depresji*  
*kryteria sezonowości dla manii i depresji*

**Zaburzenia lękowe (lub nerwice lękowe i fobii)**

- Zespół paniki (*ang. panic disorder*)  
*z agorafobią lub bez*
- Agorafobia (bez paniki)
- Fobia społeczna
- Fobia prosta
- Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (lub nerwica o tej nazwie)
- Zaburzenie związane ze stresem pourazowym (*ang. post-traumatic stress disorder*)
- Zaburzenie z lękiem uogólnionym

**Zaburzenia somatoformiczne (o postaci somatycznej)**

- Zaburzenie oceny postaci ciała (*ang. body dysmorphic disorder*)
- Zaburzenie konwersyjne (lub nerwica histeryczna, typ konwersyjny)
- Hipochondria (lub nerwica hipochondryczna)
- Zaburzenie somatyzacyjne
- Somatoformiczne zaburzenie bólowe
- Niezróznicowane zaburzenie somatoformiczne

**Zaburzenia seksualne**

- Parafilie  
*ekshibicjonizm, fetysyzm itp.*
- Dysfunkcje seksualne  
*dotyczące seksualnego: pożądania, wzbudzenia, orgazmu, bólu z określeniem: psychogeniczności, czasu trwania, stopnia generalizacji*
- Inne zaburzenia seksualne

**Zaburzenia snu**

- Dysomnie  
*bezsenność, senność nadmierna (obie: objawowe, pierwotne), zaburzenie rozkładu snu-czuwania, inne*
- Parasomnie  
*koszmary senne, lęki nocne, sennowłóctwo*

**Zaburzenia pozorowane***z objawami somatycznymi, psychologicznymi***Zaburzenia kontroli impulsów nie sklasyfikowane gdzie indziej**

Okresowe zaburzenie eksplozywne

Kleptomania

Patologiczny hazard

Piromania

Trichotillomania

**Zaburzenia przystosowania***np. z objawami o cechach: lęku, depresji, zaburzonego zachowania, skargami somatycznymi***Czynniki psychologiczne wpływające na stan somatyczny***należy oznaczyć rodzaj choroby somatycznej (oś III)***Zaburzenia osobowości\*\***

Wiązka A

*paranoiczne (ang. paranoid), schizoidalne, schizotypowe*

Wiązka B

*antyspołeczne, borderline, histrioniczne, narcystyczne*

Wiązka C

*unikające, zależne, obsesyjno-kompulsyjne, bierno-agresywne***Kody V (kategorie oznaczone V) dla stanów innych niż zaburzenia psychiczne, które są przedmiotem uwagi lub postępowania***Np. trudności w nauce, zachowania antyspołeczne, symulacja, problemy matżeńskie, brak zgody na leczenie*

\* w zestawieniu pominięto w wielu przypadkach kategorie "inne" lub "nieokreślone", klasy opisane kursywą podano z wieloma uproszczeniami, często jedynie przykładowo,

\*\* kategorie w ramach służą do oznaczenia na osi II.

**PROJEKT KLASYFIKACJI DSM IV****Definicja zaburzeń**

Mimo pozostawienia definicji znanej z DSM III-R, nagromadzone doświadczenia skłaniają autorów do podkreślenia jej niedoskonałości, co wynika zwłaszcza z zawartej w terminie "zaburzenia psychiczne" sugestii ostrego rozdziału na "psychiczne" i "somatyczne", choć coraz wyraźniej widać, że jest więcej "somatycznego w "psychicznym" i "psychicznego" w "somatycznym" niż dawniej sądzono. Także zresztą w innych działach medy-

cyny operacyjna definicja wielu podstawowych pojęć pozostawia wątpliwości i bywa ujmowana w różnych płaszczyznach (patologii strukturalnej, obrazu objawowego, odchylenia od normy fizjologicznej, etiologii). Pozostawienie ujęcia definiującego zaburzenia jako patologię osobniczą określoną przez zespół istotnych objawów klinicznych wynika w tej sytuacji z jej praktyczności oraz z faktu, iż dotąd nie jest osiągalna lepsza. Mogą jednak zdarzyć się graniczne przypadki, gdy zastosowania takiego ujęcia okaże się kłopotliwe.

## Zasadnicze cechy

Zasadnicze założenia metodologiczne projektu DSM IV i DSM III-R nie różnią się. Także i tu doświadczenia stosowania DSM III-R prowadzą autorów do podkreślenia pewnych spraw.

*Ograniczenia systemu kategoryjnego.* Granice wielu kategorii diagnostycznych nie są ostre, a rozstrzygnięcia diagnostyczne między nimi - nie są możliwe w płaszczyźnie innej niż jedynie prawdopodobieństwo. Stąd zalecana jest ostrożność w decyzjach, wykorzystanie dodatkowych informacji. Osłabieniu wpływu heterogeniczności wielu kategorii diagnostycznych służyć ma częste uciekanie się do kryteriów politetycznych. Jako alternatywa podejścia kategoryjnego dyskutowane jest ujęcie typologiczne (nazywane tu wymiarowym, *ang. dimensional*), jako być może słuszniejsze, lecz w ze względu na brak tradycji i dostatecznej wiedzy (o wymiarach zaburzeń i ich wzajemnych relacjach) przedwczesne i niepraktyczne.

*Znaczenie oceny klinicznej* wynika z tego, iż klasyfikacja nie jest książką kucharską a jej stosowanie wymaga odpowiedniego przygotowania teoretycznego i praktycznego. Jej użycie nie może być ani przesadnie sztywne (np. w przypadku nierozpoznania zaburzeń, których objawy z różnych przyczyn są słabo lub niejasno wyrażone, albo zmienne), ani przesadnie elastyczne (gdyż np. z powodu zbytnej elastyczności, specyficznej interpretacji lub zwykłej niedbałości mogą uniemożliwić porozumiewania się).

*Stosowanie w psychiatrii sądowej* musi być szczególnie ostrożne i w żadnym wypadku nie może być mechaniczne, ze względu na wagę rozstrzygnięć, do których klasyfikacja może tu być wykorzystywana.

*Stosowanie w kontekście różnych kultur* jest możliwe, lecz wymaga szczególnej ostrożności. Np. ocena niektórych praktyk religijnych czy cech osobowości może prowadzić do fałszywej kwalifikacji zaburzeń, jeśli abstrahuje od uwarunkowań kulturowych. By zapobiec

takim skutkom, DSM-IV uwzględnia w opisie niektórych zaburzeń ich kulturowo uwarunkowaną zmienność obrazu (charakterystyczne wzorce objawów, idiomatyczne wyrażenia, częstość pojawiania się). Opisuje też tzw. zespoły uwarunkowane kulturowo, częściowo w zasadniczej części wśród "zaburzeń inaczej nieokreślonych" (np. *amok, ataques de nervios*), a częściowo w postaci źródłowego ich opisu w (planowanych) aneksach.

*Stosowanie do planowania leczenia* musi uwzględniać wiele innych informacji, wychodzących poza te, które są niezbędne do diagnostyki.

*Techniczne znaczenie terminu "stany ogólnomedyczne"*, bez jakichkolwiek implikacji dotyczących ich zasadniczej odmienności od "zaburzeń psychicznych". Jest to tylko wygodny skrót dla stanów opisanych w innych (niepsychiatrycznych) rozdziałach klasyfikacji międzynarodowej.

*Diagnostyka wieloosiowa.* Wprowadzono stosunkowo niewielkie zmiany w zakresie diagnostyki osi IV (nowa kategoryzacja źródeł stresu psychospołecznego) i osi V (uzupełniająca, dodatkowe narzędzia oceny funkcjonowania - zawodowego, w relacjach z innymi, stylów radzenia sobie)

## Główne kategorie diagnostyczne

Zasadnicze zmiany w uporządkowaniu klasyfikacji polegają na:

- przesunięciu niektórych zaburzeń organicznych i zaburzeń związanych z użyciem substancji psychoaktywnych do grup zaburzeń, z którymi najczęściej są one różnicowane (np. schizofrenicznych, afektywnych, lękowych, astenicznych, zaburzeń osobowości),
- przewidziano też odrębną grupę dla zaburzeń psychicznych spowodowanych stanami ogólnomedycznymi, które nie mieszczą się w tych bardziej specyficznych grupach
- w grupie zaburzeń dawniej nazwanych organicznymi pozostały więc tylko otępie-

- nia, zespoły amnestyczne, zaburzenia świadomości i nowa grupa nazwana "innymi zaburzeniami poznawczymi"
- zaburzenia schizofreniczne, urojenione i psychotyczne są - także dla ułatwienia różnicowania - połączone w jedną grupę (schizofrenia i inne zaburzenia psychotyczne),
  - rozproszone dotąd zaburzenia przystosowania zostały połączone w jedną grupę, ze względu na wspólną etiologię.
- Zaproponowano szereg zmian w zakresie kryteriów wielu klas diagnostycznych. Ich omówienie wykracza poza zakres tego opracowania. Ilustracją opisanych zmian może być przegląd zasadniczych kategorii projektu DSM IV (tabl. 3).

Tablica 3. Główne kategorie diagnostyczne wg projektu DSM IV (1993)\*.

**Zaburzenia rozpoznawane zwykle po raz pierwszy w niemowlęctwie, dzieciństwie i adolescencji**

Upośledzenie umysłowe

Zaburzenia uczenia się (umiejętności szkolnych)  
*czytania, liczenia, pisania (ekspresji pisemnej)*

Zaburzenie umiejętności ruchowych

Całościowe zaburzenia rozwojowe  
*zaburzenie: autystyczne, Retta, dziecięce dezintegracyjne, Aspergera (?)*

Zaburzenia z zachowaniem niszczącym i z deficytem uwagi  
*nadruchliwość z deficytem uwagi, zaburzenia zachowania*

Zaburzenia karmienia i odżywiania w niemowlęctwie i wczesnym dzieciństwie

Zaburzenia z tikami  
*zaburzenie: Tourette'a, z przewlekłymi tikami ruchowymi i głosowymi, przemijające*

Zaburzenia porozumiewania się  
*zaburzenie: ekspresji językowej, ekspresji/recepcji językowej, fonologiczne, jąkanie*

Zaburzenia wydalania  
*encopresis, enuresis*

Inne  
*zaburzenie z lękiem separacyjnym, mutyzmem wybiórczym, ruchami stereotypowymi, zaburzenie kształtowania więzi (ang. reactive attachment disorder)*

**Zaburzenie świadomości (ang. delirium), ośpienie, zaburzenia amnestyczne i inne poznawcze**

Zaburzenia świadomości (ang. deliria)  
*w stanach ogólnomedycznych, spowodowane substancjami, o wielorakiej etiologii*

Ośpienia  
*typu Alzheimera (o wczesnym lub późnym początku, z zaznaczeniem dominujących objawów), naczyniowe (z zaznaczeniem dominujących objawów), w innych stanach ogólnomedycznych, spowodowane substancjami, o wielorakiej etiologii*

Zaburzenia amnestyczne  
*w stanach ogólnomedycznych, spowodowane substancjami, o wielorakiej etiologii*

Zaburzenia poznawcze bliżej nie określone

**Zaburzenia psychiczne spowodowane stanami ogólnomedycznymi, niesklasyfikowane gdzie indziej**

*zaburzenia katatoniczne, osobowości, inne*

**Zaburzenia związane z substancjami**

Zaburzenia z użyciem alkoholu

...amfetaminy (lub pokrewnych)

- ...kofeiny
- ...cannabis
- ...kokainy
- ...substancji halucynogennych
- ...substancji wziewnych
- ...nikotyny
- ...opiodów
- ...fencyklidyny
- ...substancji sedatywnych, nasennych i anksjolitycznych
- ...wielu substancji
- ...innych lub nieznanymi substancji

*w każdym przypadku wymienione są charakterystyczne dla danych substancji zespoły obrazujące związek z substancją, np. uzależnienie, nadużywanie, zatrucie, odstawienie, ośpienie, zaburzenie: snu, percepcji, świadomości, psychotyczne, amnestyczne, afektywne, lękowe, dysfunkcje seksualne*

### Schizofrenia i inne zaburzenia psychotyczne

#### Schizofrenia

*typ: paranoidalny, zdeorganizowany, katatoniczny, nieodróżnicowany, rezydualny*

Zaburzenie schizofrenopodobne

Zaburzenie schizoafektywne

Zaburzenie urojeniowe

Krótkotrwałe zaburzenie psychotyczne

Udzielone zaburzenie psychotyczne (*folié a deux*)

Zaburzenie psychotyczne w stanach ogólnomedycznych

Zaburzenia psychotyczne spowodowane substancjami

### Zaburzenia nastroju

#### Zaburzenia depresyjne

*depresja (ang. major depression) - epizod lub nawracająca, zaburzenie dystymiczne*

#### Zaburzenia dwubiegunowe

*zaburzenie dwubiegunowe I (epizod maniackalny, nawracające epizody afektywne z przewagą: hipomanii, manii, depresji, stanów mieszanych), zaburzenie dwubiegunowe II (nawracająca depresja z hipomanią), zaburzenie cyklotymiczne*

*z oceną aktualnego epizodu: lekki, umiarkowany, ciężki bez objawów psychotycznych, ciężki z objawami psychotycznymi, z częściową remisją, z pełną remisją*

Zaburzenie afektywne w stanach ogólnomedycznych

Zaburzenia afektywne spowodowane substancjami

### Zaburzenia lękowe

*Zespół paniki (ang. panic disorder) z agorafobią lub bez niej*

Agorafobia bez paniki w wywiadzie

Fobia specyficzna (prosta)

Fobia społeczna (zaburzenie z lękiem społecznym)

Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne

Zaburzenie ze stresem pourazowym (*ang. post-traumatic stress disorder*)

Zaburzenia z ostrym stresem

Zaburzenie z lękiem uogólnionym

Zaburzenie lękowe w stanach ogólnomedycznych

Zaburzenia lękowe spowodowane substancjami

**Zaburzenia somatoformiczne (o postaci somatycznej)**

Zaburzenie somatyzacyjne

Zaburzenie konwersyjne

Hipochondria

Zaburzenie oceny postaci ciała (*ang. body dysmorphic disorder*)

Zaburzenie bólowe

*związane z czynnikami psychologicznymi lub z psychologicznymi i ogólnomedycznymi*

Zaburzenie somatoformiczne niezróżnicowane

**Zaburzenia pozorowane (*ang. factitious disorder*)**

*z dominacją objawów psychologicznych, fizycznych lub mieszanych*

**Zaburzenia dysocjacyjne**

Dysocjacyjna amnezja

Dysocjacyjna fuga

Dysocjacyjne zaburzenie tożsamości (wielorakie osobowości)

Zaburzenie z depersonalizacją

**Zaburzenia seksualne i tożsamości płciowej**

Dysfunkcje seksualne

*związane z seksualnym pożądaniem, wzbudzeniem, orgazmem, bólem*

Dysfunkcje seksualne w stanach ogólnomedycznych

Dysfunkcje seksualne spowodowane substancjami

*z podziałem uwzględniającym płeć i rodzaj zaburzeń*

Parafilie

*ekshibicjonizm, fetyszyzm, ocieractwo, pedofilia, masochizm seksualny, sadyzm seksualny, podglądactwo, fetyszyzm transwestytyczny,*

Zaburzenia tożsamości płciowej

*u dzieci, u dorastających i dorosłych*

**Zaburzenia odżywiania się**

Anorexia nervosa

Bulimia nervosa

**Zaburzenia snu**

Pierwotne zaburzenia snu

*dysomnie (bezsenność, nadmierna senność, narkolepsja, zaburzenia związane z oddychaniem, z rytmem dobowym), parasomnie (koszmary sennie, lęki nocne, sennowłóctwo)*

Zaburzenia snu związane z innymi zaburzeniami psychicznymi

Zaburzenie snu w stanach ogólnomedycznych

Zaburzenia snu spowodowane substancjami

**Zaburzenia kontroli impulsów nie sklasyfikowane gdzie indziej**

Okresowe zaburzenie eksplozywne

Kleptomania

Piromania

Patologiczny hazard

Trichotillomania

**Zaburzenia przystosowania**

*z lękiem, nastrojem depresyjnym, zakłóceniem zachowania, z objawami mieszanymi*

**Zaburzenia osobowości**

Paranoiczne (*ang. paranoid*) zaburzenie osobowości

Schizoidalne zaburzenie osobowości

Schizotypowe zaburzenie osobowości

Antyspołeczne zaburzenie osobowości

Zaburzenie osobowości typu borderline

Histrioniczne zaburzenie osobowości

Narcystyczne zaburzenie osobowości

Unikające (*ang. avoidant*) zaburzenie osobowości

Zależne zaburzenie osobowości

Obsesyjno-kompulsyjne zaburzenie osobowości

**Inne stany, które mogą być celem klinicznej uwagi**

(Czynniki psychologiczne) wpływające na stan medyczny

*nazwa w nawiasie zależy od natury czynników:*

Zaburzenia psychiczne

Objawy psychologiczne

Cechy osobowości lub styl radzenia sobie

Niedostosowane zachowania zdrowotne

Niespecyficzne czynniki psychologiczne

Zaburzenia ruchowe polekowe

*parkinsonizm, złośliwy zespół poneuroleptyczny, ostra dyskineza, ostra akatyzja, późna dyskineza, drżenie postawne,*

Problemy związane z relacjami

*wobec zaburzeń psychicznych lub stanów ogólnomedycznych, rodzic-dziecko, między partnerami, między rodzeństwem,*

Problemy związane ze złym traktowaniem lub odrzuceniem

*złe traktowanie (fizyczne, seksualne) dziecka lub dorosłych, odrzucenie dziecka*

Dodatkowe stany, które mogą być celem uwagi klinicznej

*osierocenie, graniczne funkcjonowanie intelektualne, problemy: szkolne, zawodowe, związane z kryzysami rozwojowymi, z tożsamością, religijne i duchowe, akulturacyjne, zachowanie antyspołeczne, symulacja, brak zgody na leczenie zaburzeń psychicznych, spadek pamięci związany z wiekiem*

\* w większości przypadków pominięto kategorie "inne", "nieokreślone", klasy opisane kursywą . podano z wieloma uproszczeniami, często jedynie przykładowo.

**KLASYFIKACJA ICD-10**

Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Przyczyn Zgonów rozwijana jest od kilkudziesięciu lat. Nowa, dziesiąta wersja (niezbyt

adekwatnie nazywane też "rewizją") rozdziału V tej klasyfikacji, obejmującego zaburzenia psychiczne (*mental and behavioural disorders*) została opublikowana w 1992 roku (ICD-10, 1992)<sup>1</sup>. Zawiera ona wiele rozwiązań istotnie

<sup>1</sup> Polskie tłumaczenie pełnej wersji tej klasyfikacji, przygotowane przez Instytut, ukaże się najprawdopodobniej na przełomie 1993/1994.

różniących się od obowiązujących w obecnej klasyfikacji (ICD-9) (por. Freyberger i wsp. 1993). Część z nich nawiązuje do propozycji zawartych w DSM-III-R. Wiele innych ma bardziej specyficzny charakter, związany z rolą ICD jako oficjalnej klasyfikacji międzynarodowej, która chce godzić wiele różnych tradycji diagnostycznych oraz zadań praktycznych realizowanych przez instytucje zdrowotne w różnych częściach świata i w różnych strukturach organizacyjnych (Sartorius 1988, Sartorius 1991). Publikację ICD-10 poprzedziły o wieloletnie dyskusje ekspertów oraz terenowe badania proponowanych rozwiązań klasyfikacyjnych (Burke 1988, Sartorius 1991).

### Definicja zaburzeń

Rozpoznawane kategorie diagnostyczne ICD-10 ujmuje jako "zaburzenia" (*disorder*), czyli rozpoznawalne zespoły zachowań lub objawów, które w większości przypadków wiążą

się z (1) *cierpieniem (distress)* lub (2) *wpływem na funkcjonowanie człowieka*, zawsze na poziomie indywidualnym, a często także na poziomie grupowym lub społecznym. Podobnie więc jak DSM-III-R, ICD-10 jest klasyfikacją zaburzeń z podkreśleniem ich indywidualistycznego wymiaru.

### Podstawowe cechy

Najważniejsze cechy charakteryzujące cele i założenia założenia klasyfikowania przy pomocy ICD-10 można przedstawić następująco.

- 1) *Prostota i łatwość użycia w różnych warunkach* (np. językowych, organizacyjnych, kulturowych) jest osiągnięta przez:
  - kompromisowe ujęcia klas diagnostycznych, wypracowane w drodze dyskusji oraz sprawdzone w badaniach terenowych,
  - opracowanie zróżnicowanych funkcjonalnie wersji klasyfikacji przeznaczonych dla różnych odbiorców i do różnych celów (tabl.4)

Tablica 4. Zróżnicowane wersje ICD-10

---

Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne (CDDG)

- wersja podstawowa, dla praktyki klinicznej

Badawcze kryteria diagnostyczne (DCR)

- wersja badawcza, zoperacjonalizowane kryteria wszystkich klas diagnostycznych wersji podstawowej, do celów badawczych

Wersja uproszczona

- dla potrzeb podstawowej opieki zdrowotnej

Skrócony słownik zaburzeń

- dla osób kodujących, np. do celów statystycznych

Wersje szczegółowe, specjalistyczne

- dla specjalistów np. z zakresu psychiatrii dziecięcej

---

2) *Opisowość i ateoretyczność* ICD-10 wiąże się z obecnością szczegółowej instrukcji (opisy kliniczne, wskazówki diagnostyczne), unikaniem niejasnych teoretycznie terminów, preferowaniem przesłanek empirycznych przy definiowaniu klas. W reali-

zacji tych założeń ICD-10 przypomina DSM-III-R, jest jednak mniej radykalna.

3) *Operacjonalizacja kryteriów* jest pełna w wersji przeznaczonej dla celów badawczych (DCR). W wersji podstawowej pozostawiono jedynie "wskazówki diagnostyczne", które są względnie precyzyjne, lecz nie

zoperacjonalizowane. Dla potrzeb ICD-10 opracowano wywiady standaryzowane: CI-DI (*Composite International Diagnostic Interview*) oraz SCAN (*Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*). Ten drugi

jest nową wersją znanego wcześniej wywiadu PSE (Pull i Wittchen 1991).

- 4) Użycie wielu osi diagnostycznych nie jest wymagane, lecz jest możliwe, przy użyciu poniższych zasad (Mezzich 1988, ICD-10 1992) (tabl. 5).

Tablica 5. System oceny wieloaspektowej w ICD-10

- 
- (A) zespół kliniczny (F0-F5, F63-F69, F9)
- (B) właściwości i stany rozwojowe
- zaburzenia osobowości (F60-F62)
  - upośledzenie umysłowe (F7)
  - całościowe zaburzenia rozwojowe (F84)
- (C) choroby somatyczne (kody A-E, G-X)
- (D) czynniki psychospołeczne (kategorie z rozdziału Z tj. "czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt z usługami zdrowotnymi")
- (E) czynniki nieprzystosowania (międzynarodowa klasyfikacja niesprawności WHO, *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*).
- 

(5) *Alfanumeryczny system kodowania* wprowadzono dla poszerzenia objętości klasyfikacji. Łącznie możliwe jest użycie do pięciu

znaków, z których pierwszy jest literą, a następne są cyframi. Znaczenie poszczególnych znaków jest z małymi wyjątkami jak w tabl.6.

Tablica 6. Znaczenie kolejnych znaków w ICD-10

---

F	zaburzenia psychiczne
Fx	podstawowa grupa zaburzeń
Fxx	klasa zaburzeń (zespół, choroba, stan)
Fxx.x	podklasa, podtyp zaburzeń
Fxx.xx	dotatkowa ich charakterystyka (np. przebieg, szczególna symptomatologia).

---

(6) *Struktura hierarchiczna*. Podobnie jak w wielu innych rozwiązaniach, tak i w tej sprawie ICD-10 pozostaje mniej radykalna niż DSM-III-R, chociaż rozwiązania biegną w podobnym kierunku. Poza uznaniem diagnostycznego prymatu zaburzeń organicznych, pozostałe zaburzenia mają pozycje bardziej równorzędne. Zalecane jest używanie tyłu ka-

tegorii diagnostycznych, ile potrzeba do pełnego opisu zaburzeń.

#### Podstawowe grupy diagnostyczne

Szczegółowa dyskusja kategorii diagnostycznych tej klasyfikacji przekroczyłaby ramy tego opracowania. Dlatego zestawiono niżej jedynie główne kategorie zaburzeń rozpozna-

wanych przy pomocy ICD-10, tj. kategorie objęte trzema pierwszymi znakami klasyfikacji. Dalsze rozróżnienia zasygnalizowano je-

dyne w wielkim skrócie, pomijając zwłaszcza takie kategorie jak “nieokreślone” lub “bliżej nie określone” (tabl. 7).

Tablica 7. Główne kategorie diagnostyczne ICD-10\*.

---



---

**F0 Organiczne zaburzenia psychiczne (wraz z objawowymi)**

- F00 otępienie w chorobie Alzheimera
- F01 otępienie naczyniopochodne
- F02 otępienie w innych chorobach
- F03 otępienie bliżej nieokreślone
- F04 organiczny zespół amnestyczny (nie spowodowany alkoholem ani lekami)
- F05 zespoły zaburzeń świadomości (nie spowodowane alkoholem ani lekami)
- F06 inne zaburzenia organiczne spowodowane uszkodzeniem, lub dysfunkcją mózgu, lub chorobą somatyczną  
*halucynozą, zespoły: katatoniczne, urojeniowe, (schizofrenopodobne) afektywne, lękowe, dysocjacyjne, asteniczne (chwijne emocjonalnie), lekkie zaburzenia poznawcze*
- F07 zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu
- F09 bno (bliżej nie określone)

**F1 Zaburzenia psychiczne spowodowane użyciem substancji psychoaktywnych**

(druga cyfra - rodzaj substancji)

- F10 ..alkohol
- F11 ..opioidy
- F12 ..kannabinoidy
- F13 ..sedativa i hypnotica
- F14 ..kokaina
- F15 ..inne stymulanty (w tym:kofeina)
- F16 ..halucynogeny
- F17 ..tytoń
- F18 ..wziewne rozpuszczalniki
- F19 ..różnorakie i inne

(trzecia i czwarta cyfra - zespół kliniczny)

- .0 ostre zatrucie
- .1 użycie ze szkodliwymi następstwami
- .2 uzależnienie
- .3 stan odstawienia
- .4 stan odstawienia z majaczeniem
- .5 zaburzenia psychotyczne
- .6 zespół amnestyczny
- .7 zaburzenia rezydualne i psychotyczne późno występujące
- .8 inne
- .9 bno

**F2 Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe**

- F20 schizofrenia  
postaci *paranoidalna, hebefreniczna, katatoniczna, nieodróżnicowana, depresja popsychoiczna, rezydualna, prosta, inna, bno*
- F21 zaburzenia schizotypowe (typu schizofrenii)
- F22 przewlekłe zaburzenia urojeniowe
- F23 ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne
- F24 indukowane zaburzenia urojeniowe
- F25 zaburzenia schizoafektywne
- F26 inne nieorganiczne zaburzenia psychotyczne
- F29 bno

#### F3 Zaburzenia nastroju (afektywne)

- F31 epizod maniakalny  
*hypomania, mania, mania psychotyczna*
- F32 dwubiegunowe zaburzenia afektywne  
*(kierunek, nasilenie aktualnego zespołu)*
- F33 epizod depresyjny  
*lekki, umiarkowany, głęboki, psychotyczny*
- F34 nawracające zaburzenia depresyjne  
*(nasilenie, obecność objawów somatycznych)*
- F35 przewlekłe zaburzenia nastroju (afektywne)  
*cyklotymia, dystymia*
- F36 inne
- F39 bno

#### F4 Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem oraz zaburzenia o postaci somatycznej (somatoforniczne)

- F40 zaburzenia z lękiem fobicznym  
*agorafobia, fobie społeczne, fobie proste*
- F41 inne zaburzenia lękowe  
*napady paniki, lęk uogólniony*
- F42 zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne
- F43 reakcje na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne  
*ostra reakcja, reakcja pourazowa, reakcja adaptacyjna*
- F44 zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne)
- F45 zaburzenia o postaci somatycznej  
*somatyzacyjne, hipochondryczne, przewlekły ból psychogeny, dysfunkcje autonomiczne, nieodróżnicowane, inne, bno*
- F48 inne zaburzenia neurotyczne  
*neurastenia, z.depersonalizacyjno-derealizacyjny*

#### F5 Zespoły behawioralne towarzyszące zaburzeniom fizjologicznym i czynnikom fizykalnym

- F50 zaburzenia odżywiania się  
*anoreksja, bulimia, otyłość i wymioty psychogenne*
- F51 nieorganiczne zaburzenia snu
- F52 dysfunkcje seksualne nie spowodowane przez choroby lub zaburzenia organiczne
- F53 zaburzenia psychiczne i behawioralne towarzyszące połogowi (nie sklasyfikowane gdzie indziej)

- F54 czynniki psychologiczne lub behawioralne towarzyszące zaburzeniom lub chorobom klasyfikowanym gdzie indziej
- F55 nadużywanie substancji niezależniących
- F59 bno

**F6 Zaburzenia osobowości i zachowania u dorosłych**

- F60 specyficzne zaburzenia osobowości  
*paranoiczne, schizoidalne, dysocjalne, niestabilne emocjonalnie, histrioniczne, anankastyczne, lękowe, zależne*
- F61 mieszane i inne zaburzenia osobowości
- F62 utrwalające się zmiany osobowości nie związane z większym uszkodzeniem ani chorobą mózgu  
*po przeżyciach katastroficznych, chorobie psychiatrycznej*
- F63 zaburzenia nawyków i impulsów
- F64 zaburzenia tożsamości płciowej
- F65 zaburzenia preferencji seksualnych
- F66 zaburzenia psychologiczne i behawioralne towarzyszące rozwojowi i kształtowaniu orientacji seksualnej
- F68 inne (*m.in. agrawacja, pozorowanie*)
- F69 bno

**F7 Upośledzenie umysłowe**

- F70 lekkie
- F71 umiarkowane
- F72 znaczne
- F73 głębokie
- F78 inne
- F79 bno

**F8 Zaburzenia rozwoju psychologicznego**

- F80 specyficzne zaburzenia rozwojowe mowy i języka
- F81 ...umiejętności szkolnych
- F82 ...czynności ruchowych
- F83 ...mieszane
- F84 całościowe (*ang. pervasive*) zaburzenia rozwojowe  
*autyzm dziecięcy, zespół Retta, inne zaburzenia dezintegracyjne w dzieciństwie, nadruchliwość z upośledzeniem i stereotypiami ruchowymi, zespół Aspergera*
- F88 inne
- F89 bno

**F9 Zaburzenia behawioralne i emocjonalne rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie lub adolescencji (oraz zaburzenia psychiczne bno)**

- F90 zaburzenia hiperkinetyczne
- F91 zaburzenia zachowania
- F92 mieszane zaburzenia zachowania i emocji
- F93 zaburzenia emocjonalne specyficznie rozpoczynające się w dzieciństwie
- F94 zaburzenia funkcjonowania społecznego specyficznie rozpoczynające się w dzieciństwie i adolescencji
- F95 zaburzenia z tikami

F98	inne <i>enuresis, encopresis, zaburzenia karmienia, pica, stereotypie ruchowe, jękanie, zacinanie się</i>
F99	bno

\* tłumaczenie dotyczy kategorii w zakresie trzech znaków, dalsze podziały przedstawiono jedynie skrótowo, dla ilustracji; tłumaczenie wielu terminów będzie zapewne wymagało jeszcze uzgodnień.

## PODSUMOWANIE

Chcąc w kilku zdaniach podsumować ten przegląd zagadnień związanych z założeniami i rozwiązaniami charakteryzującymi współczesne klasyfikacje psychiatryczne, trzeba powiedzieć, że:

1. konstruowane są one z rosnącą świadomością metodologicznych możliwości i ograniczeń, w coraz większym też stopniu przejawia się w nich dążenie do opierania ustaleń na przesłankach sprawdzalnych empirycznie,
2. wzrasta zrozumienie roli porozumiewania się i międzynarodowych uzgodnień - dobrze ilustruje ten proces rosnąca współpraca zespołów przygotowujących ICD i DSM,
3. uczyniono wiele dla poprawy rzetelności, czego efektem jest wzrastająca zgodność i porównywalność wyników badań terenowych nad ICD-10 i DSM-III-R,
4. nierozwiązana pozostaje sprawa trafności wielu klas diagnostycznych i procedur służących ich rozpoznawaniu, jednak wydaje się, że istotnej poprawy na tym polu można oczekiwać jedynie od wyników badań podstawowych nad etiopatogenezą tych zaburzeń - klasyfikacje mogą je ułatwiać poprzez konstruowanie przydatnych konwencji diagnostycznych, lecz nie mogą przynieść rozstrzygnięć,
5. z punktu widzenia polskiego użytkownika, można mieć wątpliwości co do sensowności użycia alfa-numerycznego systemu kodowania klas diagnostycznych w ICD-10. Zwiększa on pojemność klasyfikacji, lecz jednocześnie bardzo ułatwia ujawnienie osobom niepowołanym faktu zachorowania na zaburzenia psychiczne, co grozi niezawinionym przez lekarza naruszeniem ta-

jemnicy zawodowej. Nie jest to jednak wada klasyfikacji, lecz wada systemu ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce, który wymaga wpisywania numeru statystycznego choroby do dokumentów wykorzystywanych do celów administracyjnych (druki zwolnień, L4). System ten działa w tym wypadku na korzyść instytucji społecznych (nadzór orzecznicy, polityka zatrudnienia), a nie na korzyść chorego.

Rosnące ostatnio zainteresowanie klasyfikowaniem ma wiele pozytywnych skutków dla wiedzy i praktyki klinicznej. Trzeba jednak pamiętać, że zadania klinicysty nie kończą się na klasyfikowaniu i diagnozowaniu, że nawet najwspanialsza klasyfikacja nie rozwiązuje ani trudnych zagadnień diagnostycznych, ani tym bardziej - terapeutycznych, co najwyżej ułatwia do nich dostęp i pomaga w porozumiewaniu się na ich temat.

## PIŚMIENNICTWO

1. DSM-III. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third edition. American psychiatric Association. Washington D.C. 1980.
2. DSM-III-R. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third edition - revised. American Psychiatric Association. Washington D.C. 1987.
3. DSM-IV Options Book: work in progress. 9/1/91. American Psychiatric Association, Washington D.C. 1991.
4. DSM-IV Draft Criteria. 3/1/93. American Psychiatric Association, Washington D.C. 1993
5. Frances A., Wakefield Davis W., Kline M., Pincus H., First M. Widiger T.: The DSM IV field trial; moving toward an empirically derived classification. Eur. Psychiatry 1991, 6, 307-314.
6. Freyberger H.J., Schulte-Markwort E., Dilling H.: Referenztabellen der WHO zum Kapitel V (F) der 10. Revision der Internationalen Klassifikation der Kramkheiten: ICD-10 vs ICD-9. Fortschr. Neurol. Psychiat. 1993, 61, 128-143.
7. ICD-10. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and dia-

- gnostic guidelines. World Health Organization, Geneva 1992.
8. Jablensky A.: Methodological issues in psychiatric classification. *Brit. J. Psychiatr.* 1988,152, suppl.1,15-20.
  9. Katschnig H., Simmhandl C.: New developments in the classification and diagnosis of functional mental disorders. *Psychopathology* 1986, 19, 219-235.
  10. Littlewood R.: DSM-IV and culture: is the classification internationally valid? *Psychiatr. Bull.* 1992, 16,257-261.
  11. Maier W., Philip M.: Die empirische Erforschung der Klassifikation psychischer Störungen. *Nervenarzt* 1988, 59, 449-455.
  12. Mezzich J.E.: On developing a psychiatric multiaxial schema for ICD-10. *Brit. J. Psychiatr.* 1988,152, suppl. 1, 38-43.
  13. Pull C.B., Wittchen H.U.: CIDI, SCAN and IPDE; structured interviews for ICD-10 and DSM III-R. *Eur. Psychiatry* 1991,6,277-285.
  14. Sartorius N.: International perspectives of psychiatric classification. *Brit. J. Psychiatr.* 1988,152, suppl.1, 9-14.
  15. Sartorius N.: The classification of mental disorders in the Tenth Revision of the International Classification of Diseases. *Eur. Psychiatry*, 1991,6,315-322.
  16. Sass H.: Die Krise der psychiatrischen Diagnostik. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 1987, 55, 355-360.
  17. Schwartz M.A., Wiggins O.P.: Typifications. The first step for clinical diagnosis in psychiatry. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1987a,175,65-77.
  18. Schwartz M.A., Wiggins O.P.: Diagnosis and ideal types: a contribution to psychiatric classification. *Compr.Psychiatr.*1987b, 28,277-291
  19. Spitzer R.I., Williams J.B.: Classification in Psychiatry. W: Kaplan H.L., Sadock B.J. (red.): *Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV.* Williams & Wilkins, Baltimore 1985 t.1, s. 591-630.

*Adres autora: Doc. Jacek Wciórka, I Klinika Psychiatryczna IPiN,  
Al Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa.*