



## Globalny Sondaż WPA-WHO dotyczący postaw psychiatrów wobec klasyfikacji zaburzeń psychicznych<sup>1</sup>

*The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification*

GEOFFREY M. REED<sup>1</sup>, JOÃO MENDONÇA CORREIA<sup>1</sup>, PATRICIA ESPARZA<sup>1</sup>, SHENKHAR SAXENA<sup>1</sup>, MARIO MAJ<sup>2,3</sup>

1. Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, Genewa, Szwajcaria,
2. World Psychiatric Association,
3. Department of Psychiatry, University of Naples SUN, Neapol, Włochy

### STRESZCZENIE

W artykule przedstawiono wyniki Globalnego Sondażu przeprowadzonej przez WPA-WHO wśród 4887 psychiatrów z 44 krajów. Sondaż dotyczył używania diagnostycznych systemów klasyfikacji w praktyce klinicznej oraz pożądanych cech klasyfikacji zaburzeń psychicznych. Wyniki te posłużą WHO do zwiększenia przydatności klinicznej klasyfikacji zaburzeń psychicznych w systemie ICD w procesie korekty obecnej wersji ICD-10. Uczestnicy badania za najważniejsze cele klasyfikacji uznali ułatwienie komunikacji między klinicystami oraz dostarczanie informacji istotnych dla sposobu leczenia i postępowania. Zdecydowana większość preferowała prostszy system obejmujący 100 lub mniej kategorii, zaś ponad dwie trzecie wolało elastyczne wskazówki zamiast podejścia opartego na ścisłych kryteriach. Zdania były podzielone co do tego, jak uwzględniać ciężkość zaburzenia i stan funkcjonalny, natomiast większość respondentów skłaniała się do przyjęcia systemu, który zawierałby komponent wymiarowy. Znacząca mniejszość psychiatrów z Ameryki Łacińskiej i Azji zgłaszała problemy z międzykulturowym zastosowaniem obecnych klasyfikacji. Ogólnie biorąc, dość wysoko oceniano łatwość stosowania i stopień dopasowania konkretnych kategorii ICD-10, lecz uznano kilka kategorii za niezbyt przydatne w praktyce klinicznej. To ważna kwestia, na której należy skupić uwagę podczas korekty ICD, tak samo jak na tym, by zapewnić na całym świecie przyjęcie przez psychiatrów klasyfikacji zaburzeń psychicznych w wersji ICD-11.

### SUMMARY

This article describes the results of the WPA-WHO Global Survey of 4,887 psychiatrists in 44 countries regarding their use of diagnostic classification systems in clinical practice, and the desirable characteristics of a classification of mental disorders. The WHO will use these results to improve the clinical utility of the ICD classification of mental disorders through the current ICD-10 revision process. Participants indicated that the most important purposes of a classification are to facilitate communication among clinicians and to inform treatment and management. They overwhelmingly preferred a simpler system with 100 or fewer categories, and over two-thirds preferred flexible guidance to a strict criteria-based approach. Opinions were divided about how to incorporate severity and functional status, while most respondents were receptive to a system that incorporates a dimensional component. Significant minorities of psychiatrists in Latin America and Asia reported problems with the cross-cultural applicability of existing classifications. Overall, ratings of ease of use and goodness of fit for specific ICD-10 categories were fairly high, but several categories were described as having poor utility in clinical practice. This represents an important focus for the ICD revision, as does ensuring that the ICD-11 classification of mental disorders is acceptable to psychiatrists throughout the world.

---

**Słowa kluczowe:** zaburzenia psychiczne / klasyfikacja / Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób (ICD) / Diagnostyczny i Statystyczny Podręcznik Zaburzeń Psychicznych (DSM) / przydatność kliniczna / stosowalność międzykulturowa

**Key words:** mental disorders / classification/International Classification of Diseases (ICD) / Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) / clinical utility / cross-cultural applicability

---

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) przygotowuje obecnie korektę „Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Pokrewnych Problemów Zdrowotnych” w obecnej, dziesiątej wersji (ICD-10) [1]. *Department of Mental Health and Substance Abuse* WHO, technicznie odpowiedzialny za opracowanie klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-11, powołał

Międzynarodową Grupę Doradczą, która ma konsultować cały ten proces. Przy opracowywaniu nowej klasyfikacji Światowe Stowarzyszenie Psychiatrów (WPA) jest kluczowym partnerem WHO i z tego powodu ma swoich oficjalnych przedstawicieli w Grupie Doradczej. Sformułowaną przez Grupę Doradczą koncepcję, która ma być podstawą opracowania klasyfikacji

<sup>1</sup> Polskie wydanie artykułu z *World Psychiatry* 2011;10:118–131, za życzliwą zgodą redakcji i wydawcy. *World Psychiatry* jest organem Światowego Stowarzyszenia Psychiatrycznego (*World Psychiatric Association*). Tłumaczenie: dr Barbara Mroziak.

zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-11, przedstawiono w innym artykule tego numeru *World Psychiatry* [2], gdzie za najważniejszy cel trwającego obecnie procesu korekty uznano zwiększenie użyteczności klinicznej klasyfikacji. Zagadnienie to omówiono bardziej szczegółowo w innej publikacji [3]. WHO podkreśla również międzynarodowy i wielojęzyczny charakter prac nad nową wersją, a także zamiar przeprowadzenia poważnych badań nad międzykulturowym stosowaniem kategorii, definicji i opisów diagnostycznych.

Jeśli poprawa globalnej przydatności klinicznej i możliwości stosowanie międzykulturowego stanowi ważny cel korekty, to niewątpliwie bardzo istotne jest uzyskanie informacji od profesjonalistów, którzy w różnych krajach codziennie mają kontakt z osobami wymagającymi leczenia z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Ze względu na stosunkowo małą liczbę psychiatrów w wielu częściach świata, sami psychiatrzy, bez współpracy z innymi grupami, nie mogą zrealizować przyjętych przez WHO celów w dziedzinie zdrowia publicznego, polegających na obniżeniu wskaźnika obciążenia chorobami z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Jednak psychiatrzy, jako najważniejsza grupa zawodowa w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń psychicznych, odgrywają zasadniczą rolę we wszystkich częściach świata.

Międzynarodowe sondaże należą do metod, za pomocą których najłatwiej uzyskać odnośne informacje od profesjonalistów. W kilku badaniach stosowano ankietę, aby ocenić poglądy psychiatrów i innych specjalistów z dziedziny zdrowia psychicznego w sprawie klasyfikacji zaburzeń psychicznych. Wcześniejsze badania miały jednak stosunkowo ograniczony zakres, określony zasięg geograficzny, a niekiedy także metody doboru próby utrudniające sformułowanie wniosków. Poprzedni sondaż przeprowadzony przez WPA wśród psychiatrów z 66 różnych krajów [4] wykazał, że psychiatrzy oczekiwali od przyszłych systemów diagnostycznych przede wszystkim większej dostępności podręczników diagnostycznych, skuteczniejszej promocji szkolenia w zakresie diagnostyki oraz stosowania w większym zakresie diagnozy wieloosiowej. Opublikowane wnioski oparto jednak na kwestionariuszach wypełnionych przez tylko 205 respondentów. Ponadto reprezentatywność badanej próby była ograniczona, ponieważ respondentami byli tylko psychiatrzy należący do Sekcji Klasyfikacji WPA, przewodniczący i sekretarze Towarzystw Członkowskich WPA, osoby pełniące funkcje w innych sekcjach WPA oraz „związani z tematem” internauci.

Mellsop i wsp. [5,6] przeprowadzili szerszej zakrojone badania ankietowe, aby ocenić stosowanie i spostrzeżaną przydatność systemów diagnostycznych wśród psychiatrów w Nowej Zelandii, Japonii

i Brazylii. Techniki przeprowadzania ankiety w poszczególnych krajach były różne, częściowo dlatego, że starano się pobudzić lokalne poczucie własności wobec samego badania ankietowego i jego wyników. Korzystając z tej pracy zrealizowano podobne badanie w Japonii, Korei, Chinach i na Tajwanie [7]. We wszystkich regionach psychiatrzy wskazywali, że chcą prostych, rzetelnych i przyjaznych dla użytkownika narzędzi diagnostycznych, chociaż wystąpiły istotne różnice regionalne w poglądach na możliwość międzykulturowego stosowania istniejących klasyfikacji, zarówno ICD-10, jak i opracowanego przez *American Psychiatric Association* (APA) czwartego wydania „Diagnostycznego i Statystycznego Podręcznika Zaburzeń Psychiczych” (DSM-IV) [8].

Zielasek i in. [9] wśród niemieckojęzycznych psychiatrów w Niemczech, Austrii i Szwajcarii przeprowadzili ankietę dotyczącą tego, jak spostrzegają oni klasyfikację zaburzeń psychicznych oraz potrzebę korekty. Badano, w jakim stopniu ICD-10 przystaje do rzeczywistej praktyki klinicznej, m.in. jaka jest zrozumiałość i łatwość stosowania tego systemu. Większość respondentów uznała, że rozdział ICD-10 dotyczący zaburzeń psychicznych jest satysfakcjonujący, jednak ze względu na niski odsetek odpowiedzi trudno uogólniać wyniki tej ankiety.

Celem Globalnego Sondażu przeprowadzonej przez WPA-WHO było poszerzenie międzynarodowego zasięgu oraz wzbogacenie treści poprzednich ankiet, aby uzyskać dane o poglądach i postawach psychiatrów co do klasyfikacji zaburzeń psychicznych – informacje takie miałyby bezpośrednie znaczenie dla opracowywania poprawionej wersji ICD-10 przez *Department of Mental Health and Substance Abuse* WHO. Zgodnie z przedstawionymi wyżej priorytetami, ankietę kierowano do szerokiego kręgu psychiatrów praktyków, nie zaś do władz organizacji psychiatrycznych czy do osób szczególnie zainteresowanych klasyfikacją. Aby dotrzeć do tej populacji, WPA i WHO nawiązały partnerską współpracę z 46 Towarzystwami Członkowskimi WPA (krajowymi stowarzyszeniami psychiatrów) z 44 krajów we wszystkich częściach świata. Dzięki tej współpracy przeprowadzono ankietę w 19 językach, aby zmaksymalizować udział psychiatrów z całego świata.

Przedmiotem ankiety były główne praktyczne i teoretyczne zagadnienia klasyfikacji zaburzeń psychicznych, z jakimi mamy do czynienia w codziennej praktyce klinicznej, a także najbardziej przydatne cechy systemu klasyfikacji w opinii międzynarodowej społeczności psychiatrów. Obejmowały one: najważniejszy cel systemu klasyfikacji; liczbę kategorii, jakie należy uwzględnić dla uzyskania maksymalnej przydatności klinicznej; kwestię, czy klasyfikacja powinna nadawać się do użytku również przez innych profesjonalistów z dziedziny zdrowia psychicznego

i czy ma być zrozumiała dla zainteresowanych tematyką nie-profesjonalistów; jakiego rodzaju systemem klasyfikacji powinni posługiwać się profesjonalści w podstawowej opiece zdrowotnej; czy najbardziej przydatny byłby system ze ścisłymi lub sprecyzowanymi kryteriami dla wszystkich zaburzeń, czy też bardziej elastyczne wskazówki; jaki byłby najlepszy sposób konceptualizacji ciężkości zaburzenia oraz związku między diagnozą a stanem funkcjonalnym; czy psychiatrzy uważają, że przydałoby się dodanie komponentu wymiarowego (*dimensional*); jaka jest możliwość międzykulturowego zastosowania istniejących systemów klasyfikacji oraz czy potrzebne są klasyfikacje krajowe. Poproszono również uczestników – psychiatrów posługujących się systemem ICD-10 w codziennej pracy klinicznej – o wskazanie, których konkretnie kategorii często używają, oraz o ocenę łatwości stosowania i stopnia dopasowania tych właśnie kategorii.

Uczestniczących psychiatrów, z którymi skontaktowano się poprzez krajowe stowarzyszenia psychiatryczne, poinformowano, że celem ankiety jest uzyskanie przez WHO informacji w związku z korektą klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10. Chociaż oczekiwano, że ankieta przyniesie również informacje istotne dla przygotowywanej równocześnie nowej wersji DSM-IV, to w odróżnieniu od poprzednich badań ankietowych [4,10] głównym celem obecnego badania nie było porównywanie i zestawianie ICD-10 z DSM-IV.

Zdecydowaliśmy, że najsprawniejszą metodą będzie przeprowadzenie ankiety elektronicznie, przez Internet, chociaż zachowano możliwość wypełnienia ankiety w wersji papier-olówek w przypadku tych towarzystw, których członkowie nie mogą uczestniczyć w badaniu internetowym. Początkowo niepokojono się, że przeprowadzenie ankiety przez Internet może ograniczyć możliwość udziału psychiatrów z krajów o niskich dochodach. Niektóre wcześniejsze ankiety [5,7] przeprowadzono przez Internet, lecz zwykle działo się to w krajach o wysokich dochodach. Dostęp do Internetu w krajach rozwijających się wzrósł jednak radykalnie w ostatnich latach, zwłaszcza wśród tego rodzaju profesjonalistów, do jakich kierowana była nasza ankieta. Gdyby się okazało, że takie międzynarodowe, wielojęzyczne badanie można skutecznie przeprowadzić przez Internet, zwłaszcza w krajach o średnich i niskich dochodach, miałyby to doniosłe implikacje dla zwiększenia dostępu i udziału w innych badaniach terenowych przy opracowywaniu ICD-11.

## METODA

Pod koniec roku 2009 Maj i Saxena w imieniu WPA i WHO wspólnie napisali do prezesów wszyst-

kich Towarzystw Członkowskich WPA, pytając, czy są zainteresowani udziałem w różnych aspektach procesu korekty klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10. Jednym z zaproponowanych wariantów udziału było uczestnictwo w adresowanym do psychiatrów globalnym sondażu na temat ich doświadczeń i postaw wobec ICD-10 oraz innych klasyfikacji zaburzeń psychicznych. Poproszono stowarzyszenia o podanie, czy są zainteresowane udziałem, czy mają możliwości systematycznego przeprowadzenia ankiety, czy ich członkowie mogą wypełnić ankietę w języku angielskim, a jeśli nie, to czy Stowarzyszenie może ankietę przetłumaczyć na język używany przez większość swoich członków. Pięćdziesiąt dwa Stowarzyszenia odpowiedziały, że są zainteresowane udziałem w takiej ankiecie.

Ankieta opracowali Reed, Maj i Saxena, przy czym część pytań autorzy adaptowali z wcześniejszych sondaży które przeprowadzonych przez G. Mellsop (Waikato Hospital, Nowa Zelandia) oraz W. Gaebela i J. Zielaska (University of Düsseldorf, Niemcy) [5,6,9]. Pytania dotyczące stopnia dopasowania (*goodness of fit*) zaadaptowano z badania pilotażowego [11] Opisów Klinicznych i Wskazówek Diagnostycznych do Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania ICD-10 [12]. Informacje zwrotne dotyczące ankiety uzyskano również od Komitetu Wykonawczego WPA (zob. Podziękowania).

Po opracowaniu ankiety w języku angielskim, WHO podjęło tłumaczenie ankiety na francuski i hiszpański, przy pomocy ekspertów z wielu krajów (zob. Podziękowania), stosując procedurę tłumaczenia w obie strony. Towarzystwom Członkowskim WPA, które zgłosiły chęć przetłumaczenia ankiety na język miejscowy, dostarczono zestaw materiałów translacyjnych z opisem procedury przekładu, zawierający instrukcje dotyczące równoważności semantycznej i pojęciowej, przekładu na język lokalny i tłumaczenia zwrotnego (na oryginał), a także uzgadniania różnic przez tłumaczy. Według tych instrukcji Towarzystwa Członkowskie WPA dokonały wiernego tłumaczenia pytań ankietowych na dalsze 16 języków (zob. tabl. 1).

Przygotowano ankietę do przeprowadzenia we wszystkich językach przez Internet za pomocą elektronicznej platformy ankietowej Qualtrics (zob. [www.qualtrics.com](http://www.qualtrics.com)). Ankietę zaprogramowano tak, by każdy respondent otrzymywał tylko te pytania, które go dotyczą, co ustalono na podstawie wcześniejszych odpowiedzi. Na przykład, w przypadku tych respondentów, którzy podali, że nie stosują ICD-10 w swojej praktyce klinicznej, pominięto pytania odnoszące się do używania konkretnych kategorii ICD-10.

Wszystkim Towarzystwom uczestniczącym w badaniu przesłano materiały ankietowe (czyli instrukcję jak przeprowadzać ankietę, zaproszenie do udziału

w ankiecie i późniejsze ponaglenie), do rozesłania członkom stowarzyszenia. Materiały te w języku angielskim, francuskim i hiszpańskim wysłano do odpowiednich Towarzystw, zaś inne Towarzystwa poproszono o przetłumaczenie na język miejscowy listów z zaproszeniem i ponagleniem. Towarzystwa Członkowskie WPA poinformowano, że dane ankietowe uzyskane od ich członków będą wspólną własnością WPA, WHO oraz danego Towarzystwa, że każde Towarzystwo otrzyma wyniki ankiety przeprowadzonej wśród swoich członków i że będzie mogło je opublikować po opublikowaniu danych międzynarodowych przez WPA i WHO.

Towarzystwa Członkowskie WPA, które według dokumentacji WPA zrzeszają ponad 1000 członków, poproszono o losowy wybór 500 członków spełniających niezbędne warunki do udziału w badaniu ankietowym. Towarzystwa Członkowskie liczące mniej niż 1000 członków poproszono o zaproszenie do udziału w ankiecie wszystkich swoich członków. Za osoby spełniające niezbędne warunki do udziału w ankiecie uznano wszystkich należących do Towarzystwa psychiatrów z ukończoną specjalizacją.

Uczestniczące Towarzystwa Członkowskie WPA poproszono o rozesłanie do wybranej próby pocztą elektroniczną lub zwykłą standardowego listu z zaproszeniem do udziału w badaniu, oraz listu ponaglącego do całej wybranej próby po 2 i po 6 tygodniach od początkowego zaproszenia. Poproszono też Towarzystwa uczestniczące w badaniu, aby po wysłaniu drugiego listu z przypomnieniem odesłały nam Kwestionariusz Uczestnictwa, zawierający liczbę członków Towarzystwa, liczbę członków zaproszonych, liczbę zaproszeń wysłanych e-mailem i zwykłą pocztą, liczbę zwróconych zaproszeń, które nie dotarły do adresata, oraz daty wysłania zaproszeń i listów ponaglących.

W listach z zaproszeniem i przypomnieniem podano *link* ankiety internetowej, odrębny dla każdego z uczestniczących Towarzystw Członkowskich. Kiedy respondent kliknął w link (czyli w adres internetowy w swojej przeglądarce), wchodził na stronę, gdzie opisano cel badania ankietowego, informowano, że udział w badaniu jest anonimowy i dobrowolny, ile czasu trzeba na wypełnienie ankiety, którą zaaprobowała Komisja WHO do spraw Etyki Badań Naukowych, a także, jak skontaktować się z autorami badania na wypadek pytań lub uwag. Aby przystąpić do wypełniania ankiety respondent musiał potwierdzić, że jest psychiatrą z ukończoną specjalizacją i że chce uczestniczyć w badaniu.

Po otrzymaniu materiałów ankietowych dwa Towarzystwa – kubańskie i pakistańskie (*Cuban Society of Psychiatry* i *Pakistan Psychiatric Society*) skontaktowały się z WPA informując, że ich zdaniem członkowie ich stowarzyszenia nie będą w stanie

uczestniczyć w ankiecie internetowej. Towarzystwom tym przekazano papierową wersję ankiety o dokładnie tej samej treści. List z zaproszeniem załączony do tej wersji ankiety dawał potencjalnym respondentom do wyboru możliwość udziału przez Internet, albo wypełnienia kwestionariusza w wersji papierowej i odesłania go do Towarzystwa pocztą tradycyjną.

Przedstawione dane uzyskano od 46 Towarzystw Członkowskich WPA z 44 krajów, które przeprowadziły badanie w ciągu 11 miesięcy – tyle czasu wymagało dokonanie tłumaczenia, inne przygotowania oraz samo przeprowadzenie ankiety. Przedstawione tu dane zebrano między 3 maja 2010 a 1 kwietnia 2011.

## WYNIKI

W badaniu wzięło udział ogółem 4887 psychiatrów z całego świata. Wykaz uczestniczących Towarzystw Członkowskich WPA, krajów, języków, w jakich przeprowadzono ankietę, a także dane poszczególnych Towarzystw: liczbę uczestników, odsetek odpowiedzi, średni wiek respondentów, średnią liczbę lat doświadczenia zawodowego oraz proporcję mężczyzn do kobiet w każdym stowarzyszeniu przedstawiono w tabl. 1. W tabl. 1 dokonano także agregacji odpowiedzi dla sześciu globalnych regionów WHO – AFRO (głównie Afryka subsaharyjska), AMRO (obie Ameryki), EMRO (kraje wschodniej części basenu Morza Śródziemnego/Afryka Północna), EURO (Europa), SEARO (Azja Południowo-Wschodnia), oraz WPRO (Zachodni Pacyfik) – oraz dla całej próby. Sumaryczne dane ważone przedstawione w tabl. 1 oraz w tekście tego artykułu reprezentują średnie wyniki sumaryczne w poszczególnych krajach podzielone przez liczbę respondentów w danym kraju tak, by każdy kraj uzyskał taką samą wagę, dzięki czemu kontrolowane są wynikające z wielkości próby różnice między krajami. Porównanie statystyk ważonych i nieważonych pokazuje, czy Towarzystwa dysponujące dużymi próbami miały nieproporcjonalnie duży udział w wynikach globalnych.

### Wskaźnik odpowiedzi

Wskaźnik odpowiedzi dla każdego z Towarzystw Członkowskich WPA biorącego udział w badaniu przez Internet obliczono dzieląc ogólną liczbę psychiatrów z danego stowarzyszenia, którzy weszli na stronę internetową naszej ankiety i wyrazili zgodę na udział w badaniu, przez ogólną liczbę uczestników zaproszonych przez dane Towarzystwo pomniejszoną o liczbę wszystkich listów z ponagleniem zwróconych pocztą e-mailową lub zwykłą. Jeśli chodzi o ankietę w wersji papier-olówek przeprowadzone na Kubie i w Pakistanie, odsetek odpowiedzi reprezentuje liczbę wypełnionych i odesłanych kwestionariuszy podzieloną przez sumę

**Tabela 1.** Towarzystwa Członkowskie WPA uczestniczące w ankiecie, wskaźnik odpowiedzi, cechy demograficzne i stosowanie klasyfikacji.  
**Table 1.** Participating WPA Member Societies, response rates, demographic characteristics, and classification use.

Kraj	Towarzystwo Członkowskie WPA	Język ankiety	Liczba odpowiedzi	Wskaźnik odpowiedzi	Średni wiek respondenta (lata)	Średnia lat doświadczenia zawodowego	Proporcja mężczyźni/kobiety	Średnio z pacjentem godzin/tydzień	% używających formalnej klasyfikacji „często/zawsze”	% używających najczęściej ICD-10
Kenia	Kenijskie Towarzystwo Psychiatryczne	angielski	14	22%	46,4	9,9	0,57	24,6	77%	0%
Nigeria	Stowarzyszenie Psychiatrów w Nigerii	angielski	18	36%	48,6	12,4	0,78	19,2	94%	83%
Afryka Południowa	Południowoafrykańskie Stowarzyszenie Psychiatrów	angielski	51	24%	51,0	14,2	0,41	29,1	95%	20%
<b>Region AFRO</b>		nieważone	83	26%	49,7	13,1	0,52	25,9	92%	32%
		ważone	83	27%	48,6	12,2	0,59	24,3	89%	35%
Argentyna	Stowarzyszenie Psychiatrów Argentyńskich	hiszpański	173	85%	55,4	22,6	0,51	28,8	70%	16%
Brazylia	Brazylijskie Stowarzyszenie Psychiatrii	portugalski	77	18%	43,9	14,9	0,61	32,4	84%	88%
Chile	Stowarzyszenie Neurologii, Psychiatrii i Neurochirurgii	hiszpański	27	14%	52,4	20,7	0,56	31,3	74%	37%
Kolumbia	Kolumbijskie Towarzystwo Psychiatryi	hiszpański	28	11%	45,8	14,0	0,71	34,2	100%	54%
Kostaryka	Kostarykańskie Towarzystwo Psychiatryczne	hiszpański	15	9%	46,2	15,1	0,60	34,0	93%	47%
Kuba	Kubańskie Towarzystwo Psychiatryi	hiszpański	26	55%	48,3	18,0	0,50	24,6	100%	21%
Honduras	Honduraskie Towarzystwo Psychiatryi	hiszpański	26	65%	50,6	14,8	0,54	19,0	81%	62%
Peru	Peruwiańskie Towarzystwo Psychiatryczne	hiszpański	77	27%	58,0	23,5	0,81	25,7	89%	80%
USA	Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne	angielski	91	21%	58,9	24,3	0,60	26,3	84%	1%
		nieważone	540	26%	53,2	20,6	0,60	28,3	81%	40%
<b>Region AMRO</b>		ważone	540	34%	51,1	18,7	0,60	28,5	86%	45%
		angielski	79	29%	45,4	16,4	0,71	30,3	69%	55%
Egipt	Egiptskie Towarzystwo Psychiatryczne	angielski	14	39%	56,0	18,9	1,00	30,0	92%	77%
Irak	Irackie Stowarzyszenie Psychiatrów	angielski	38	54%	44,6	12,1	0,45	26,9	67%	22%
Maroko	Marokańskie Towarzystwo Psychiatryi	francuski	184	84%	47,9	13,0	0,85	30,9	73%	87%
Pakistan	Pakistanie Towarzystwo Psychiatryczne	angielski	315	52%	47,2	14,0	0,77	30,2	72%	71%
		ważone	315	51%	48,5	15,1	0,75	29,5	75%	60%

Kraj	Towarzystwo Czynkowskie WPA	Język ankiety	Liczba odpowiedzi	Wskaźnik odpowiedzi	Średni wiek respondenta (lata)	Średnia lat doświadczenia zawodowego	Proporcja mężczyźni/kobiety	Średnio z pacjentem godzin/tydzień	% używających formalnej klasyfikacji „często/zaświe”	% używających najczęściej ICD-10
Armenia	Armeńskie Towarzystwo Psychiatryczne	ormiański	103	88%	50,3	20,7	0,48	31,2	88%	96%
Austria	Austriackie Towarzystwo Psychiatrii i Psychoterapii	angielski/niemiecki	97	10%	47,2	12,0	0,59	26,0	76%	93%
Bośnia i Hercegowina	Towarzystwo Psychiatryczne Bośni-Hercegowiny	bośniacki	34	38%	49,4	12,9	0,35	28,0	94%	88%
Republika Czeska	Czeskie Towarzystwo Psychiatryczne	czeński	125	13%	50,7	21,0	0,50	20,3	84%	93%
Finlandia	Fińskie Towarzystwo Psychiatryczne	fiński	147	20%	52,9	15,6	0,55	21,4	86%	94%
Francja	Francuskie Stowarzyszenie Psychiatrów w Praktyce Prywatnej	francuski	145	23%	58,9	27,0	0,55	37,8	14%	42%
Francja	Francuskie Towarzystwo Informacji Psychiatrycznej	francuski	113	23%	55,3	24,6	0,52	28,8	64%	71%
Niemcy	Niemieckie Stowarzyszenie Psychiatrii i Psychoterapii	niemiecki	194	42%	49,5	11,7	0,68	22,4	95%	96%
Włochy	Włoskie Towarzystwo Psychiatryczne	włoski	76	15%	52,5	20,6	0,59	26,2	64%	26%
Kirgizja	Kirgiskie Towarzystwo Psychiatryczne	rosyjski	14	93%	44,0	16,3	0,29	8,1	100%	100%
Macedonia (FYROM)	Psychiatryczne Towarzystwo Macedonii	macedoński	31	31%	52,5	15,9	0,45	25,9	93%	100%
Czarnogóra	Towarzystwo Czarnogórskie Psychiatryczne	czarnogórski	22	73%	46,6	9,0	0,23	24,3	95%	86%
Polska	Polskie Towarzystwo Psychiatryczne	polski	206	43%	41,7	9,7	0,48	35,4	91%	96%
Rumunia	Rumuńskie Towarzystwo Psychiatryczne	rumuński	87	18%	42,9	10,4	0,29	29,8	94%	72%
Federacja Rosyjska	Rosyjskie Stowarzyszenie Psychiatrów	rosyjski	298	51%	43,2	15,9	0,54	17,0	92%	92%
Serbia	Serbskie Towarzystwo Psychiatryczne	serbski	71	10%	45,7	12,0	0,30	25,6	94%	96%
Słowenia	Towarzystwo Psychiatryczne Słowenii	słoweński	14	7%	46,6	13,0	0,43	30,7	93%	100%
Hiszpania	Hiszpańskie Stowarzyszenie Neuropsychiatrii	hiszpański	56	7%	50,1	19,9	0,73	32,0	90%	67%
Szwecja	Szwedzkie Towarzystwo Psychiatryczne	szwedzki	128	26%	53,9	23,3	0,73	26,8	88%	46%
Szwajcaria	Szwajcarskie Stowarzyszenie Psychiatrii	angielski	129	26%	58,6	18,3	0,57	21,3	81%	61%

Kraj	Towarzystwo Członkowskie WPA	Język ankiety	Liczba odpowiedzi	Wskaźnik odpowiedzi	Średni wiek respondenta (lata)	Średnia lat doświadczenia zawodowego	Proporcja mężczyźni/ kobiety	Średnio z pacjentem godzin/tydzień	% używających formalnej klasyfikacji „często/zawsze”	% używających najczęściej ICD-10
Turcja	Stowarzyszenie Psychiatryczne Turcji/Tureckie Towarzystwo Neuropsychiatryczne	turecki	431	28%	54,3	17,9	0,63	26,1	67%	93%
	Towarzystwo Neuropsychiatryczne		148	37%	44,5	12,9	0,59	28,3	85%	36%
Zjednoczone Królestwo/Anglia	Królewskie Kolegium Psychiatrów	angielski	105	22%	48,1	12,7	0,59	19,2	69%	86%
<b>Region EURO</b>	nieważone		2774	24%	50,0	16,6	0,55	25,8	79%	80%
	ważone		2774	32%	49,1	15,6	0,49	25,2	84%	81%
Indie	Indyjskie Towarzystwo Psychiatryczne	angielski	386	23%	43,5	12,8	0,87	32,3	79%	71%
Tajlandia	Psychiatryczne Towarzystwo Tajlandii	angielski	77	27%	44,2	13,8	0,44	22,0	84%	43%
<b>Region SEARO</b>	nieważone		463	23%	43,6	13,0	0,80	30,6	80%	66%
	ważone		463	25%	43,9	13,3	0,66	27,1	82%	57%
Australia i Nowa Zelandia	Królewskie Australijskie i Nowozelandzkie Kolegium Psychiatrów	angielski	80	16%	52,4	16,7	0,58	22,3	65%	15%
Hong Kong (Chiny)	Hongkońskie Kolegium Psychiatrów	angielski	50	19%	45,4	15,2	0,62	29,8	94%	76%
Japonia	Japońskie Towarzystwo Psychiatrii i Neurologii	japoński	355	71%	56,2	24,5	0,83	29,0	74%	79%
Malezja	Malezyjskie Towarzystwo Psychiatryczne	angielski	16	8%	47,9	12,1	0,63	26,9	69%	19%
Chińska RL	Chińskie Stowarzyszenie Psychiatrii	chiński	211	73%	47,1	16,9	0,70	21,8	91%	49%
<b>Region WPRO</b>	nieważone		712	41%	52,1	20,4	0,74	26,1	79%	61%
	ważone		712	37%	49,8	17,1	0,67	26,0	79%	47%
<b>OGÓLEM</b>	dane nieważone		<b>4887</b>	<b>26%</b>	<b>49,9</b>	<b>17,1</b>	<b>0,62</b>	<b>26,9</b>	<b>79%</b>	<b>70%</b>
<b>OGÓLEM</b>	dane ważone wg kraju		<b>4887</b>	<b>34%</b>	<b>49,3</b>	<b>16,0</b>	<b>0,57</b>	<b>26,4</b>	<b>83%</b>	<b>64%</b>

ankiet wysłanych zmniejszoną o liczbę zwrotów, czyli wszystkich kwestionariuszy, których nie udało się doręczyć adresatowi. Wskaźniki odpowiedzi dla każdego z uczestniczących Towarzystw, a także zagregowany wskaźnik odpowiedzi dla poszczególnych regionów i dla całej badanej próby przedstawiono w tabl. 1.

Jak pokazano w tabl. 1, ważony ogólny odsetek odpowiedzi dla całej próby wynosił 34%. Poszczególne Towarzystwa jednak radykalnie różniły się pod względem odsetka odpowiedzi: od 7% (Słoweńskie Towarzystwo Psychiatryczne, Hiszpańskie Towarzystwo Neuropsychiatryczne) do 93% (Kirgiskie Towarzystwo Psychiatryczne). Przy podziale ze względu na region WHO, ważony odsetek odpowiedzi był najniższy w SEARO (25%), zaś najwyższy w EMRO (51%). Aby zbadać wpływ poziomu dochodu narodowego na udział w ankiecie internetowej, przy założeniu, że kraje o niższym poziomie dochodu będą miały technologicznie mniejsze możliwości uczestnictwa, obliczono ważony odsetek odpowiedzi dla poszczególnych krajów uszeregowanych przez Bank Światowy ze względu na poziom dochodu narodowego [13]. Średni ważony odsetek odpowiedzi wynosił 58% dla krajów o niskim poziomie dochodu, 48% dla krajów o dochodzie narodowym w dolnej strefie poziomu średniego, 30% dla krajów o dochodzie w górnej strefie poziomu średniego, oraz 24% dla krajów o wysokim dochodzie narodowym.

### Czas wypełniania ankiety

Ponieważ ankietę przeprowadzono drogą elektroniczną, można było określić ilość czasu potrzebnego do wypełnienia kwestionariusza ankietowego przez każdego uczestnika. Dla całej próby średni czas wypełniania ankiety wynosił 21,8 min. (średnia ważona 21,8 min.). Wyłączono z obliczeń wszystkich respondentów, którzy podali czas wypełniania poniżej 5 min. lub powyżej 2 godzin (platforma komputerowa umożliwiała pozostawienie niewypełnionego kwestionariusza i dokończenie go później, wobec czego przyjęcie 2 godzin jako maksimum prawdopodobnie prowadziło do przeceniania czasu wypełniania ankiety). Przeciętny czas wypełniania ankiety był najkrótszy we Włoszech (13,5 minuty), a najdłuższy w Nigerii (34,8 min.). Czas wypełniania zależał zarówno od szybkości połączeń internetowych, jak i rodzaju odpowiedzi uczestników. Na przykład respondentom, którzy podali, że nie posługują się formalnym systemem klasyfikacji, nie zadawano dalszych pytań dotyczących stosowania poszczególnych kategorii diagnostycznych.

### Czas kontaktu z pacjentami

W całej próbie 96,7% psychiatrów uczestniczących w badaniu podało, że obecnie przyjmuje pacjentów (% ważony z uwzględnieniem kraju wynosił 97,0%). Psychiatrom, którzy nie mieli kontaktu z pacjentami,

nie zadawano w ankiecie elektronicznej dalszych pytań dotyczących codziennej pracy klinicznej. Spośród tych, którzy podali, że przyjmują pacjentów, 13,8% podało, że praca z pacjentami zajmuje im od 1 do 9 godzin w ciągu typowego tygodnia, 22,3% poświęca temu od 10 do 19 godzin, 44,0% od 20 do 40 godzin, zaś 18,8% – ponad 40 godzin. Aby ułatwić porównania między Towarzystwami i regionami, kategorie odpowiedzi na to pytanie przekształcono na zmienną ciągłą, przypisując kategorii „od 1 do 9 godzin” 5 punktów, „od 10 do 19 godzin” 15, „od 20 do 40” 30, oraz „ponad 40 godzin” 50 punktów. W tabl. 1 przedstawiono przekształcone wskaźniki średniej liczby godzin pracy z pacjentami tygodniowo, dla poszczególnych Towarzystw, regionów WHO, oraz dla całej próby.

### Regularne posługiwanie się formalnym systemem klasyfikacji

Wszystkim uczestnikom, którzy poinformowali, że przyjmują pacjentów, zadano pytanie: *Jak często posługuje się Pani (i) w swojej codziennej pracy klinicznej formalnym systemem klasyfikacji zaburzeń psychicznych, takim, jak ICD, DSM, lub jakaś klasyfikacja krajowa?* Ogólnie częstość stosowania systemów klasyfikacji przez psychiatrów uczestniczących w ankiecie była wysoka: w całej próbie 79,2% psychiatrów, którzy przyjmują pacjentów (odsetek ważony 83,3) stwierdziło, że w swojej codziennej pracy klinicznej posługuje się jakimś formalnym systemem klasyfikacji „często” lub „prawie zawsze/zawsze”. Dalsze 14,1% (odsetek ważony 11,7) wskazało, że „czasami” stosuje formalny system klasyfikacji w swojej codziennej pracy klinicznej. Liczbę uczestników z każdego Towarzystwa, którzy podali, że stosują jakiś system klasyfikacji „często” lub „prawie zawsze/zawsze”, w stosunku do liczby osób, które robią to tylko „czasami”, „rzadko” lub „wcale”, przedstawiono w tabl. 1, w postaci zagregowanych wyników nieważonych oraz ważonych dla poszczególnych regionów WHO i dla całej próby.

### Najczęściej stosowany system klasyfikacji

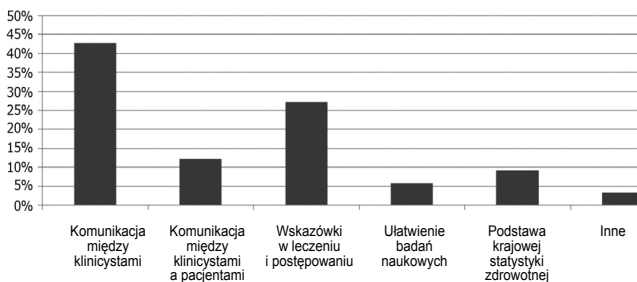
Uczestników, którzy przyjmują pacjentów, zapytano: *Którym systemem klasyfikacji zaburzeń psychicznych posługuje się Pan(i) najczęściej w swojej codziennej pracy klinicznej?* Ogólnie, 70,1% (odsetek ważony 63,9) respondentów w całej próbie odpowiedziało, że ICD-10 jest tym systemem klasyfikacji, który najczęściej stosują w swojej codziennej pracy klinicznej. Większość pozostałych uczestników (23,0% nieważony, 29,9% ważony) podała, że najczęściej posługuje się DSM-IV, lecz 5,6% (5,2% ważony) podało, że korzysta z innego systemu klasyfikacji, np. Chińskiej Klasyfikacji Zaburzeń Psychicznych, Kubańskiego Słownika Psychiatrii lub Francuskiej Klasyfikacji Zaburzeń Psychicznych Dzieci i Młodzieży, natomiast



1,3% (1,0% ważony) stosuje ICD-9 lub ICD-8. Tabl. 1 przedstawia procent uczestniczących w ankiecie psychiatrów z każdego z Towarzystw Członkowskich WPA, którzy wskazali, że ICD-10 jest systemem klasyfikacji najczęściej stosowanym przez nich w codziennej pracy klinicznej. Przedstawiono tu także zagregowane wyniki dla poszczególnych regionów i dla całej próby.

### Najważniejszy cel klasyfikacji

Wszystkich uczestniczących psychiatrów, włącznie z tymi, którzy nie mają bezpośredniego kontaktu z pacjentami, zapytano: *Jaki jest Pana/Pani zdaniem jeden, najważniejszy cel diagnostycznego systemu klasyfikacji?* Odpowiedzi z całej próby przedstawia ryc. 1. Z punktu widzenia respondentów najważniejszym celem systemu klasyfikacji diagnostycznej jest komunikacja między klinicystami, a drugim co do ważności – uzyskanie informacji dających podstawę do podejmowania decyzji o leczeniu i postępowaniu.



**Rycina 1.** Procent uczestniczących w ankiecie psychiatrów, którzy uznali daną kategorię odpowiedzi za jeden, najważniejszy cel diagnostycznego systemu klasyfikacji zaburzeń psychicznych.

**Figure 1.** Percentage of participating psychiatrists endorsing six response options for the single, most important purpose of a diagnostic classificatory system of mental disorders.

### Pożądana liczba kategorii

Wszystkich uczestników zapytano: *Ile kategorii diagnostycznych powinien zawierać system diagnostyczny, aby był najbardziej przydatny w warunkach klinicznych dla profesjonalistów w dziedzinie zdrowia psychicznego?* Ogromna większość preferowała system o liczbie kategorii zdecydowanie mniejszej niż w obecnych systemach klasyfikacyjnych: 40,4% (odsetek ważony 39,5) respondentów uznało, że najbardziej przydatny byłby system klasyfikacji zawierający od 10 do 30 kategorii; 47,1% (46,0% ważony) preferowało system klasyfikacji złożony z 31 do 100 kategorii, 9,2% (94,0% ważony) system z 101–200 kategoriami, zaś tylko 3,3% (4,0% ważony) – system obejmujący ponad 200 kategorii. Zarówno ICD-10, jak DSM-IV mają ponad 200 kategorii.

### Stosowanie systemu klasyfikacji przez nie-psychiatrów

W całej próbie 79,5% respondentów (79,6% ważony) odpowiedziało, że całkowicie lub przeważnie

zgadza się ze stwierdzeniem *Diagnostyczny system klasyfikacji jako układ odniesienia powinien być przydatny nie tylko dla psychiatrów, ale także dla innych profesjonalistów w dziedzinie zdrowia psychicznego (np. psychologów, pracowników socjalnych, pielęgniarek psychiatrycznych)*, zaś 15,5% (15,6% ważony) odpowiedziało, że zgadza się w pewnym stopniu. Podobnie, 60,4% (61,6% ważony) respondentów całkowicie lub przeważnie zgadzało się, że *diagnostyczny system klasyfikacji powinien być zrozumiały dla użytkowników opieki zdrowotnej, rzeczników praw pacjenta, administratorów i innych zainteresowanych osób tak samo, jak dla profesjonalistów w dziedzinie zdrowia*, zaś 28,2% (27,3% ważony) zgadzało się do pewnego stopnia.

W przybliżeniu dwie trzecie respondentów (66,1% nieważony, 64,8% ważony) odpowiedziało, że lekarze podstawowej opieki zdrowotnej powinni mieć zmodyfikowany/prostszy system klasyfikacji zaburzeń psychicznych, podczas gdy mniej więcej jedna trzecia (33,9% nieważony, 35,2% ważony) było zdania, że lekarze podstawowej opieki zdrowotnej powinni posługiwać się tym samym systemem klasyfikacji, co specjaliści w dziedzinie zdrowia psychicznego.

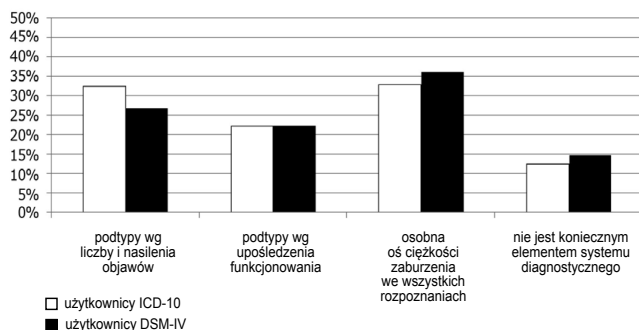
### Ścisłe kryteria czy elastyczne wskazówki

Tylko mniejszość uczestników (30,7% nieważony, 31,1% ważony) była zdania, że aby podręcznik diagnostyczny był maksymalnie przydatny w warunkach klinicznych, powinien zawierać jasne i ścisłe (sprecyzowane) kryteria wszystkich zaburzeń. Zdecydowana większość (69,3% nieważony, 68,9% ważony) odpowiedziała, że wolałyby wskazówki diagnostyczne na tyle elastyczne, aby uwzględniały różnice kulturowe i ocenę kliniczną. Ponieważ jest to jedna z głównych różnic między podejściem przyjętym w *Opisach Klinicznych i Wskazówkach Diagnostycznych* ICD-10 [12] a podejściem DSM-IV, porównano odpowiedzi na to pytanie udzielone przez użytkowników ICD-10 i osoby posługujące się DSM-IV. W całej próbie nieco większy odsetek użytkowników DSM-IV (72,3%) niż użytkowników ICD-10 (68,2%) wolał elastyczne wskazówki niż ścisłe kryteria ( $p < 0,05$ ).

### Ciężkość zaburzenia

Wszystkich uczestniczących psychiatrów zapytano o pogląd na to, jaki byłby najlepszy sposób uwzględnienia ciężkości zaburzenia w systemie diagnostycznym. W tej kwestii zdania były podzielone. Ponieważ jest to sprawa istotna dla opracowania poprawionych wersji zarówno ICD-10, jak DSM-IV [14], porównano odpowiedzi dwóch grup respondentów najczęściej posługujących się albo ICD-10, albo DSM-IV i przedstawiono wyniki na ryc. 2. Odpowiedzi tych dwóch grup różniły się istotnie ( $p < 0,01$ ), przy czym

w porównaniu z użytkownikami ICD-10, zwolennicy DSM-IV częściej opowiadali się za odrębną osią umożliwiającą ogólną ocenę ciężkości zaburzenia, którą można stosować w odniesieniu do wszystkich rozpoznań, natomiast mniej prawdopodobna była w ich przypadku odpowiedź, że klasyfikacja powinna zawierać podtypy odnośnych kategorii diagnostycznych (np. epizod depresyjny łagodny, umiarkowany lub ciężki) oparte na liczbie i/lub nasileniu występujących objawów.

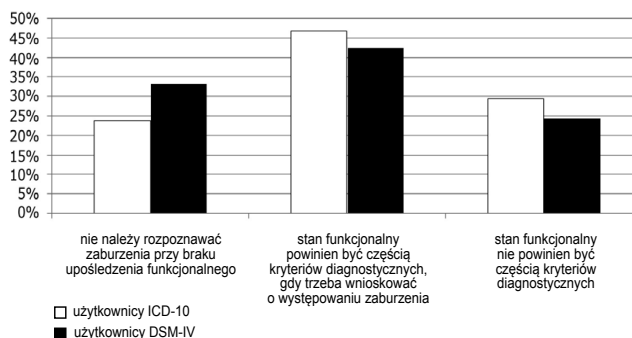


**Rycina 2.** Procent użytkowników ICD-10 i DSM-IV w całej próbie, wybierających jeden z czterech wariantów najlepszego sposobu uwzględnienia ciężkości w systemach klasyfikacji zaburzeń psychicznych.

**Figure 2.** Percentage of global ICD-10 and DSM-IV users endorsing four options for the best way to address severity in mental disorders classification systems

### Stan funkcjonalny

Zadano uczestnikom pytanie: *Jaki jest najlepszy sposób ujęcia związku między rozpoznaniem a funkcjonowaniem (np. zaniedbaniem się, gorszym funkcjonowaniem zawodowym) w systemie diagnostycznym?* Ze względu na znaczenie tej kwestii dla korekty zarówno ICD-10, jak i DSM-IV [15], znowu porównano odpowiedzi na to pytanie udzielone przez użytkowników ICD-10 z odpowiedziami użytkowników DSM-IV i przedstawiono wyniki na ryc. 3. Odpowiedzi użytkowników ICD-10 i DSM-IV różniły się istotnie ( $p < 0,0001$ ). Chociaż w obu grupach najczęstsza była odpowiedź, że „stan funkcjonalny powinien być kryterium diagnostycznym dla niektórych zaburzeń psychicznych, kiedy trzeba wnioskować o obecności zaburzenia na podstawie jego konsekwencji funkcjonalnych”, użytkownicy ICD-10 wybierali ją częściej. Użytkownicy ICD-10 również częściej odpowiadali, że w ogóle „stanu funkcjonalnego nie powinno się zaliczać do kryteriów diagnostycznych”, podczas gdy zwolennicy DSM-IV chętniej wybierali odpowiedź, że „upośledzenie funkcjonalne powinno być kryterium diagnostycznym dla większości zaburzeń psychicznych; jeśli nie ma upośledzenia funkcjonalnego, to nie należy rozpoznawać zaburzenia”. Wynik ten odzwierciedla różnicę w obecnym sposobie ujmowania kwestii stanu funkcjonalnego i jego znaczenia klinicznego w obu tych systemach.

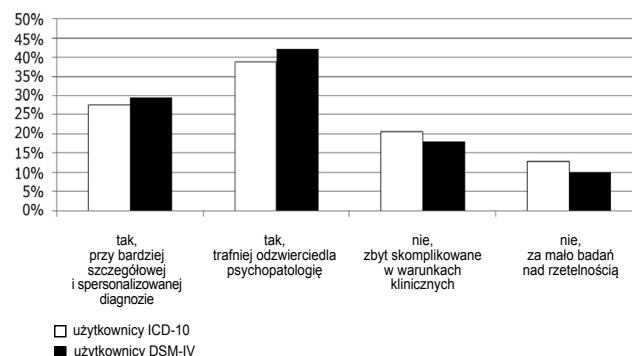


**Rycina 3.** Procent użytkowników ICD-10 i DSM-IV w całej próbie, wybierających jeden z trzech wariantów ujmowania związku między diagnozą a stanem funkcjonalnym w systemach klasyfikacji diagnostycznej.

**Figure 3.** Percentage of global ICD-10 and DSM-IV users endorsing three options for diagnostic classification systems to conceptualize the relationship between diagnosis and functional status

### Komponent wymiarowy

Poproszono uczestników o wskazanie, czy uważają, że system diagnostyczny powinien zawierać komponent wymiarowy, umożliwiający ocenę niektórych zaburzeń na skali, a nie tylko w kategoriach „występuje – nie występuje”. Odpowiedzi użytkowników ICD-10 i DSM-IV przedstawia ryc. 4. Chociaż odpowiedzi tych dwóch grup różnią się istotnie ( $p < 0,05$ ), to ich profil jest taki sam. W obu grupach większość respondentów była za włączeniem komponentu wymiarowego albo dlatego, że dzięki niemu system diagnostyczny byłby bardziej szczegółowy i spersonalizowany, albo też dlatego, że dokładniej odzwierciedlałby psychopatologię leżącą u podłoża zaburzenia. Tylko mniejszość odpowiedziała, że posługiwanie się systemem dymensjonalnym byłoby zbyt skomplikowane w większości systemów klinicznych lub, że brakuje dowodów naukowych świadczących o rzetelności takiego podejścia.



**Rycina 4.** Procent użytkowników ICD-10 i DSM-IV w całej próbie, wybierających jedną z czterech odpowiedzi na pytanie, czy system klasyfikacji diagnostycznej powinien zawierać składową wymiaru.

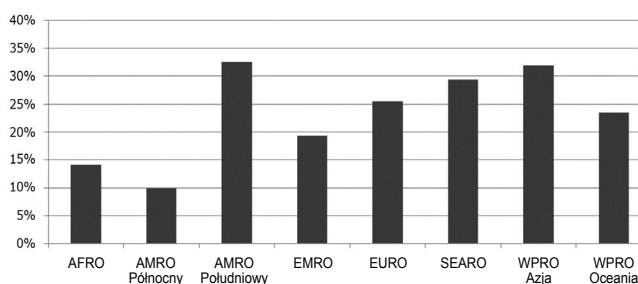
**Figure 4.** Percentage of global ICD-10 and DSM-IV users endorsing four options for whether a diagnostic classification system should incorporate a dimensional component

## Depresja i niekorzystne zdarzenia życiowe

Poproszono uczestników, by odpowiedzieli, czy myślą, że należy rozpoznawać depresję wówczas, gdy objawy depresyjne są współmierną reakcją na jakieś niekorzystne zdarzenie życiowe (np. utratę pracy lub domu, rozwód). Prawie dwie trzecie respondentów (64,1% nieważony, 64,3% ważony) odpowiedziało, że tak – jeśli stwierdza się pełny zespół depresyjny, to należy postawić taką diagnozę, niezależnie od tego, czy istnieją zdarzenia życiowe, które mogłyby ten stan wyjaśnić. Pozostali respondenci uznali, że współmiernej reakcji na niekorzystne zdarzenie życiowe nie powinno się uważać za zaburzenie psychiczne.

## Zastosowanie międzykulturowe i potrzeba klasyfikacji krajowej

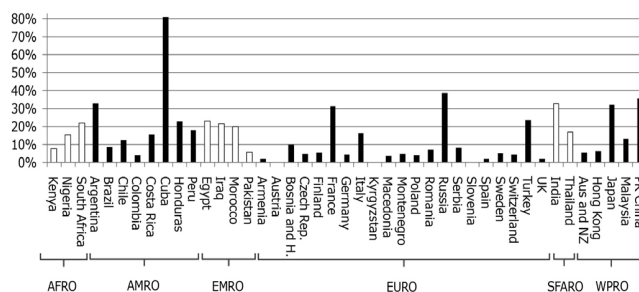
Uczestników, którzy przyjmują pacjentów, poproszono o ocenę, w jakim stopniu zgadzają się ze stwierdzeniem: *System diagnostyczny, którym się posługuję, trudno stosować w różnych kulturach lub wtedy, gdy pacjent/użytkownik opieki zdrowotnej należy do innej kultury lub ma inne pochodzenie etniczne niż ja*. Prawie trzy czwarte respondentów (74,8% nieważony, 71,3% ważony) odpowiedziało, że przynajmniej trochę zgadza się z tym stwierdzeniem. Odsetek psychiatrów z poszczególnych regionów WHO, którzy w dużej mierze lub całkowicie zgadzają się z tym stwierdzeniem, przedstawiono na ryc. 5. W tym punkcie analizowano osobno USA (AMRO Północ) i Amerykę Łacińską (AMRO Południe), a ponadto Australię i Nową Zelandię (WPRO Oceania) analizowano oddzielnie od Azji (WPRO Azja). Jak pokazano na ryc. 5, przy tym stwierdzeniu wystąpiło znaczne zróżnicowanie regionalne: zgadzało się z nim całkowicie lub w dużym stopniu ponad 30% uczestniczących psychiatrów z Ameryki Łacińskiej i Azji, lecz tylko 10% psychiatrów w USA.



**Rycina 5.** Procent psychiatrów w poszczególnych regionach, którzy odpowiedzieli, że w dużej mierze lub całkowicie zgadzają się ze stwierdzeniem: „System diagnostyczny, którego używam, trudno stosować w różnych kulturach, albo wtedy, gdy pacjent/użytkownik opieki zdrowotnej należy do innej kultury lub ma inne pochodzenie etniczne niż ja”.

**Figure 5.** Percentage of psychiatrists by global region indicating they mostly or completely agreed with the statement “The diagnostic system I use is difficult to apply across cultures, or when the patient/service user is of a different cultural or ethnic background from my own”.

Wszystkim uczestnikom zadano pytanie pokrewne: *czy widzą potrzebę krajowej klasyfikacji zaburzeń psychicznych (tzn. klasyfikacji specyficznej dla danego kraju, niebędącej tylko tłumaczeniem ICD-10)*. Tego pytania nie zadawano uczestnikom z USA. Ryc. 6 przedstawia procent psychiatrów w poszczególnych krajach i w regionach WHO, którzy dostrzegają taką potrzebę w swoim kraju. Aby przedstawić wyniki na poziomie kraju, połączono dane z dwóch uczestniczących Towarzystw we Francji, a także z dwóch uczestniczących Towarzystw w Hiszpanii. Dane dla Hong Kongu i Chińskiej Republiki Ludowej przedstawiono osobno, ze względu na historycznie odmienne tradycje szkolenia i praktyki, które mogły bezpośrednio wpływać na postawy wobec klasyfikacji. Przeważająca większość uczestniczących w ankiecie psychiatrów kubańskich odpowiedziało, że najczęściej używanym przez nich systemem jest Trzeci Kubański Słownik Psychiatrii [16], czyli kubańska adaptacja Opisu Klinicznego i Wskazówek Diagnostycznych ICD-10; ci sami respondenci kubańscy podali również, że istnieje potrzeba klasyfikacji krajowej, co pokazano na ryc. 6. Oprócz tego ponad 30% psychiatrów z Federacji Rosyjskiej, Chińskiej Republiki Ludowej, Argentyny, Indii, Japonii i Francji także wskazało, że dostrzegają potrzebę krajowej klasyfikacji zaburzeń psychicznych.



**Rycina 6.** Procent psychiatrów w poszczególnych krajach i regionach WHO, którzy odpowiedzieli, że widzą w swoim kraju potrzebę krajowej klasyfikacji zaburzeń psychicznych (od lewej: Kenia, Nigeria, Afryka Płd., Argentyna, Brazylia, Chile, Kolumbia, Kostaryka, Kuba, Honduras, Peru, Egipt, Irak, Maroko, Pakistan, Armenia, Austria, Bośnia i H., Czechy, Finlandia, Francja, Niemcy, Włochy, Kirgizja, Macedonia, Czarnogóra, Polska, Rumunia, Rosja, Serbia, Słowenia, Hiszpania, Szwecja, Szwajcaria, Turcja, Anglia, Indie, Tajlandia, Australia i NZ, Hong Kong, Japonia, Malezja, Chiny [RL]).

**Figure 6.** Percentage of psychiatrists, by country and within WHO region, indicating that they saw the need in their countries for a national classification of mental disorders.

## Posługiwanie się kategoriami diagnostycznymi ICD-10

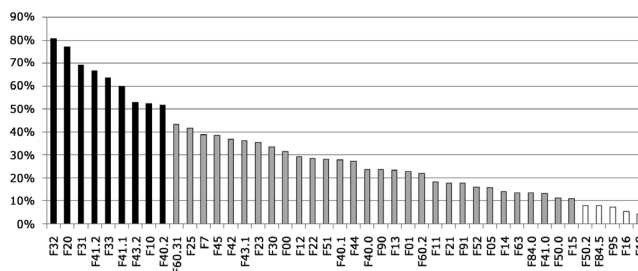
Uczestniczących psychiatrów, którzy stwierdzili, że przyjmują pacjentów i że ICD-10 jest diagnostycznym systemem klasyfikacji, z którego najczęściej korzystają w codziennej praktyce klinicznej, poproszono, aby z listy 44 kategorii diagnostycznych ICD-10

wybrali te, którymi posługują się co najmniej raz w tygodniu w swojej codziennej praktyce klinicznej. Listę przedstawionych im kategorii diagnostycznych zamieszczono w tabl. 2.

**Tabela 2.** Lista kategorii diagnostycznych ICD-10, spośród których respondenci mieli wybrać te, których używają co najmniej raz na tydzień

**Table 2.** List of ICD-10 diagnostic categories from which survey participants were asked to indicate those they used at least once a week.

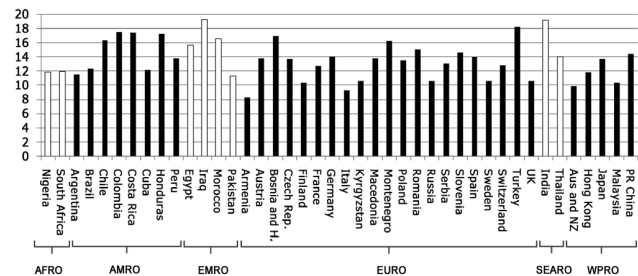
F00	Otępienie w chorobie Alzheimera
F01	Otępienie naczyniowe
F05	Majaczenie niewywołane alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi
F10	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu
F11	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem opiatów
F12	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kanabinoli
F13	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane przyjmowaniem leków uspokajających i nasennych
F14	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kokainy
F15	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem innych substancji pobudzających
F16	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem halucynogenów
F18	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane odurzaniem się lotnymi rozpuszczalnikami
F20	Schizofrenia
F21	Zaburzenie typu schizofrenii (schizotypowe)
F22	Uporczywe zaburzenia urojeniowe
F23	Ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne
F25	Zaburzenia schizoafektywne
F30	Epizod maniakalny
F31	Zaburzenia afektywne dwubiegunowe
F32	Epizod depresyjny
F33	Zaburzenie depresyjne nawracające
F40.0	Agorafobia
F40.1	Fobia społeczna
F40.2	Specyficzne (izolowane) postacie fobii
F40.1	Zaburzenie lękowe z napadami lęku (lęk paniczny)
F41.1	Zaburzenie lękowe uogólnione
F41.2	Zaburzenie depresyjne i lękowe mieszane
F42	Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne
F43.1	Zaburzenie stresowe pourazowe
F43.2	Zaburzenia adaptacyjne
F44	Zaburzenie dysocjacyjne (konwersyjne)
F45	Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną
F50.0	Jadłowstręt psychiczny ( <i>anorexia nervosa</i> )
F50.2	Żarłoczność psychiczna ( <i>bulimia nervosa</i> )
F51	Nieorganiczne zaburzenia snu
F52	Dysfunkcja seksualna
F60.2	Osobowość dysocjalna
F60.31	Osobowość chwiejna emocjonalnie, postać pograniczna
F63	Zaburzenia nawyków i popędów (impulsów)
F7	Upośledzenie umysłowe (niepełnosprawność intelektualna)
F84.0	Autyzm dziecięcy
F84.5	Zespół Aspergera
F90	Zaburzenia hiperkinetyczne (nadpobudliwości ruchowej)
F91	Zaburzenia zachowania
F95	Tiki



**Rycina 7.** Procent uczestniczących psychiatrów, którzy podali, że w swojej codziennej praktyce klinicznej używają każdej z 44 kategorii diagnostycznych ICD-10 przynajmniej raz w tygodniu (odsetek ważony z uwzględnieniem kraju).

**Figure 7.** Percentage of participating psychiatrists indicating that they used each of 44 ICD-10 diagnostic categories at least once a week in their day-to-day clinical practice, weighted by country.

Ryc. 7 przedstawia ważoną częstość wybierania poszczególnych kategorii diagnostycznych przez psychiatrów, którym zadano to pytanie. Wybrane kategorie uszeregowano od lewej do prawej, czyli w kolejności od najczęściej do najrzadziej wybieranych. Dziewięć kategorii zostało wybranych przez ponad 50% uczestniczących psychiatrów, którzy wskazali, że używają ich co najmniej raz na tydzień. Do tej grupy należą: F32 Epizod depresyjny, F20 Schizofrenia, F31 Zaburzenie afektywne dwubiegunowe, F41.2 Zaburzenie lękowe i depresyjne mieszane, F33 Zaburzenie depresyjne nawracające, F41.1 Zaburzenie lękowe uogólnione, F43.2 Zaburzenia adaptacyjne, F10 Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu, oraz F40.2 Specyficzne (izolowane) postacie fobii. Na pięć kategorii (F18 Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane odurzaniem się lotnymi rozpuszczalnikami, F16 Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem halucynogenów, F95 Tiki, F84.5 Zespół Aspergera, i F50.2 Żarłoczność psychiczna – bulimia nervosa) wskazało mniej niż 10% uczestniczących psychiatrów. Przeciętną liczbę kategorii wybranych przez uczestnika w poszczególnych krajach i regionach WHO przedstawiono na ryc. 8.

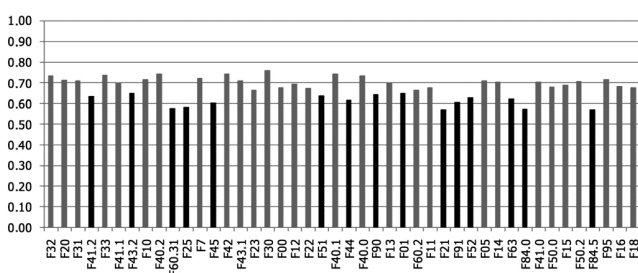


**Rycina 8.** Przeciętna liczba kategorii używanych co najmniej raz w tygodniu w poszczególnych krajach i regionach WHO (od lewej: Nigeria, Afryka Płd., Argentyna, Brazylia, Chile, Kolumbia, Kostaryka, Kuba, Honduras, Peru, Egipt, Irak, Maroko, Pakistan, Armenia, Austria, Bośnia i H., Czechy, Finlandia, Francja, Niemcy, Włochy, Kirgizja, Macedonia, Czarnogóra, Polska, Rumunia, Rosja, Serbia, Słowenia, Hiszpania, Szwecja, Szwajcaria, Turcja, Anglia, Indie, Tajlandia, Australia i NZ, Hong Kong, Japonia, Malezja, Chiny [RL])

**Figure 8.** Average number of diagnostic categories used at least once per week, by country and within WHO region.

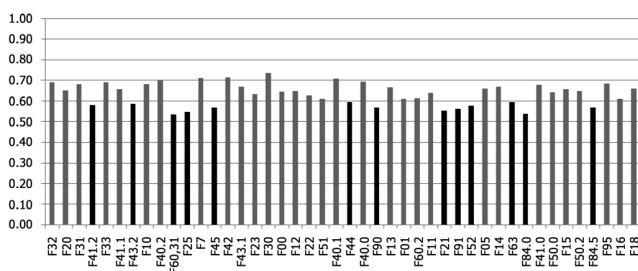
### Łatwość stosowania i stopień dopasowania kategorii diagnostycznych ICD-10

Poproszono respondentów, aby każdą kategorię ICD-10, którą, jak wskazali, posługują się co najmniej raz w tygodniu, ocenili na dwóch wymiarach związanych z używaniem danej kategorii w praktyce klinicznej: a) łatwości jej stosowania; oraz b) stopień dopasowania, czyli tego, jak trafnie definicja, opis kliniczny i wskazówki diagnostyczne ICD-10 opisują pacjentów, z którymi respondent (ka) ma do czynienia w praktyce klinicznej. Ocen dokonywano na skali czterostopniowej od 0 („wcale nie jest łatwa do stosowania w praktyce klinicznej” lub „zupełnie nie trafna”) do 3 („bardzo łatwa do stosowania” lub „niezwykle trafna”).



**Rycina 9.** Średnie przekształcone oceny „łatwości stosowania” kategorii ICD-10, ważone z uwzględnieniem kraju, uszeregowane od lewej do prawej według częstości ich używania (począwszy od kategorii najczęściej stosowanych).

**Figure 9.** Mean transformed “ease of use” ratings for ICD-10 categories, weighted by country, presented in order of frequency of use from left to right



**Rycina 10.** Średnie przekształcone oceny „stopnia dopasowania” kategorii ICD-10, ważone z uwzględnieniem kraju, uszeregowane od lewej do prawej według częstości ich używania (począwszy od kategorii najczęściej stosowanych).

**Figure 10.** Mean transformed “goodness of fit” ratings for ICD-10 categories, weighted by country, presented in order of frequency of use from left to right.

Oceny łatwości stosowania i stopnia dopasowania były ze sobą mocno, lecz nie całkowicie skorelowane (ogólny współczynnik korelacji  $r = 0,72$ , poszczególne współczynniki mieściły się w przedziale od 0,65 do 0,89). Dla ułatwienia porównań zmienne dyskretne dla ocen poszczególnych kategorii przekształcono w zmienne ciągłe w przedziale od 0 do 1. Ryc. 9 i 10 przedstawiają średnie przekształconych ocen punktowych dla każdej kategorii, oparte na dokonanych przez uczestników oszacowaniach łatwości ich

stosowania i stopnia dopasowania, ważone dla krajów i uszeregowane według częstości stosowania poszczególnych kategorii w ten sam sposób, jak na ryc. 7 (od lewej do prawej). Przekształcona ocena 0,66 odpowiada przyznaniu przez respondenta 2 punktów („Całkiem łatwa do stosowania” lub „Zupełnie trafna”) za łatwość stosowania i dobroć dopasowania danej kategorii, podczas gdy przekształcona ocena wynosząca 0,33 odpowiada przyznaniu przez respondenta 1 punktu („Niezbyt łatwa do stosowania” lub „Trochę trafna”). Ogólne ważone średnie oceny łatwości stosowania i dobroci dopasowania były dosyć wysokie (0,68 dla łatwości stosowania i 0,64 dla dobroci dopasowania). Oceny poszczególnych kategorii jednak znacznie się różniły. W tabl. 3 przedstawiono kategorie ocenione najniżej pod względem łatwości stosowania lub stopnia dopasowania – co zoperacjonalizowano jako kategorie, których średnie oceny łatwości stosowania lub dobroci dopasowania były niższe od ogólnej średniej dla wszystkich kategorii o więcej niż 0,5 odchylenia standardowego.

**Tabela 3.** Kategorie diagnostyczne ICD-10, które w ocenie uczestniczących psychiatrów mają w porównaniu z innymi kategoriami niski poziom łatwości stosowania lub stopnia dopasowania w codziennej praktyce klinicznej

**Table 3.** ICD-10 diagnostic categories rated by participating psychiatrists as having low ease of use or goodness of fit in day-to-day clinical practice relative to other categories.

F01	Otępienie naczyniowe
F21	Zaburzenie typu schizofrenii (schizotypowe)
F25	Zaburzenia schizoafektywne
F41.2	Zaburzenie lękowe i depresyjne i lękowe
F43.2	Zaburzenia adaptacyjne
F44	Zaburzenie dysocjacyjne (konwersyjne)
F45	Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną
F51	Nieorganiczne zaburzenia snu
F52	Dysfunkcja seksualna
F60.31	Osobowość chwiejna emocjonalnie, postać pograniczna
F63	Zaburzenia nawyków i popędów (impulsów)
F84.0	Autyzm dziecięcy
F84.5	Zespół Aspergera
F90	Zaburzenia hiperkinetyczne (nadpobudliwości ruchowej)
F91	Zaburzenia zachowania

## DYSKUSJA

Globalny Sondaż WPA-WHO jest największym i najszerzej zakrojonym międzynarodowym badaniem ankietowym, jakie kiedykolwiek przeprowadzono nad postawami psychiatrów wobec klasyfikacji zaburzeń psychicznych. Na podstawie proporcji czasu, jaki uczestniczący w ankiecie psychiatrzy poświęcają na kontakty z pacjentami można powiedzieć, że w tym badaniu udało się dotrzeć do psychiatrów-praktyków

i że nie ograniczono się do zbierania danych od władz Towarzystw Członkowskich WPA czy też przypuszczalnych ekspertów od klasyfikacji. Badanie wykazuje, że wszechobecność komunikacji elektronicznej w dzisiejszych czasach umożliwia realizację tego typu projektów przez Internet właściwie we wszystkich częściach świata, jedynie z nielicznymi wyjątkami. Nasuwa się przypuszczenie, że tą drogą można ułatwić uczestnictwo w procesie opracowywania nowej wersji ICD na znacznie szerszą skalę niż było to możliwe przy wersjach wcześniejszych.

Fakt, że przeciętny odsetek odpowiedzi był tak naprawdę wyższy w krajach o niskim lub średnim dochodzie niż w krajach o wysokim poziomie dochodu jest zbieżny z wypowiedziami poszczególnych respondentów z tych krajów, którzy mówili, że było im przyjemnie, iż poproszono ich o opinię i z entuzjazmem uczestniczyli w badaniu. Szczególne starania, jakich dołożono w tym wspólnym badaniu, aby przeprowadzić ankietę w 19 językach, w oczywisty sposób przyczyniły się do maksymalnej dostępności udziału w badaniu. Nawet w regionie europejskim w ankiecie wzięła udział liczna grupa respondentów z krajów o stosunkowo niższych dochodach, czyli z krajów, które w anglojęzycznych projektach międzynarodowych nie uczestniczą tak często, jak ich sąsiedzi o wyższych dochodach.

Wyniki ankiety wykazują, że formalne systemy klasyfikacji zaburzeń psychicznych są integralną częścią praktyki psychiatrycznej na całym świecie. Badanie nie było nastawione na porównywanie ICD z DSM pod kątem różnic między nimi, lecz w założeniu miało pomóc WHO w pracach nad korektą ICD-10, wobec czego prawdopodobnie powinno być bardziej interesujące dla użytkowników ICD-10. Sondaż przeprowadzony wśród niemal pięciu tysięcy psychiatrów dostarcza jednak przekonujących dowodów, że ICD-10 jest systemem powszechnie używanym na całym świecie, w przeciwieństwie do wyników dawniejszych ankiet, w których badano małe i wysoce wyselekcjonowane próby [10].

Poprzez tę ankietę psychiatrzy z całego świata wyrazili mocne poparcie dla skupienia się na przydatności klinicznej w obecnym procesie korekty ICD-10. Wyniki ankiety są zgodne z badaniami, jakie przeprowadzili Mellsop i in. [5,6] oraz Suzuki i wsp. [7], oraz stanowią ich pogłębienie, zwłaszcza jeśli chodzi o główny cel klasyfikacji, pożądaną liczbę kategorii, oraz potrzebę prostszego i bardziej użytecznego klinicznie systemu. Psychiatrzy uczestniczący w niniejszej ankiecie wskazali na dwa najważniejsze cele tej klasyfikacji: ułatwienie komunikacji między klinicystami oraz dostarczenie informacji przydatnych w leczeniu i postępowaniu z pacjentem, przy czym badania naukowe i zastosowania statystyczne uznano za cele zdecydowanie mniej ważne. Respondenci woleliby klasyfikację radykalnie uproszczoną: 87,5% (odsetek

ważony 86,4) przekonanych jest, że najbardziej przydatny byłby system klasyfikacji obejmujący 100 lub mniej kategorii.

Wydaje się, że wyniki sondażu odzwierciedlają orientację wielodyscyplinarną oraz złożone realia współczesnej praktyki psychiatrycznej. Olbrzymia większość psychiatrów z całego świata dostrzegła potrzebę opracowania systemu diagnostycznego przydatnego dla profesjonalistów z dziedziny zdrowia psychicznego niebędących psychiatrami, zaś niemal równie wielu respondentów zgodziło się, że system ten powinien być zrozumiały dla zainteresowanych nieprofesjonalistów. Większość opowiedziała się również za opracowaniem uproszczonego systemu rozpoznawania zaburzeń psychicznych do użytku w podstawowej opiece zdrowotnej.

Ponad dwie trzecie psychiatrów wskazało, że preferują system elastycznych wskazówek, który uwzględniałby zróżnicowanie kulturowe i uwzględniał ocenę kliniczną, w odróżnieniu od systemu ścisłych kryteriów – w całej próbie odnosiło się to do użytkowników zarówno ICD-10, jak i DSM-IV. Zdania co do tego, jak najlepiej wprowadzić do systemu pojęcia ciężkości (nasilenia) zaburzeń i stanu funkcjonalnego były podzielone, wobec czego te obszary będą ważnym przedmiotem dalszych badań, chociaż większość respondentów skłaniała się do przyjęcia systemu obejmującego komponent wymiarowy w opisie zaburzeń psychicznych. Mimo ostatnich kontrowersji dotyczących medykalizacji normalnego cierpienia [17], większość psychiatrów z całego świata uważała, że należy diagnozować depresję nawet wówczas, gdy zachodzą zdarzenia życiowe potencjalnie wyjaśniające stan pacjenta.

Chociaż okazało się, że duża większość badanych psychiatrów przyjmuje, iż może istnieć globalny system klasyfikacji zaburzeń psychicznych, nadający się do stosowania w różnych kulturach, wyniki tej ankiety wskazują na kilka obszarów, w których wskazana jest ostrożność. Istotna mniejszość psychiatrów z Ameryki Łacińskiej i Azji zgłaszała problemy z międzykulturowym zastosowaniem istniejących klasyfikacji. Znaczny procent respondentów z kilku krajów – m.in. z Kuby, Federacji Rosyjskiej, Chińskiej Republiki Ludowej, Argentyny, Indii, Japonii, Francji – odpowiedział, że widzi potrzebę krajowej klasyfikacji zaburzeń psychicznych do użytku w swoim kraju. Taki profil odpowiedzi jest zgodny z wynikami wcześniejszych badań, wskazującymi na rozbieżność poglądów między respondentami z różnych krajów co do międzykulturowej użyteczności obecnych systemów klasyfikacji [5]. W procesie opracowywania nowej wersji ICD ważne będzie zwrócenie baczonej uwagi na te odmienne punkty widzenia, aby można było stworzyć system akceptowany na poziomie globalnym.

Wyniki ankiety dotyczące korzystania z konkretnych kategorii diagnostycznych są interesujące z kilku

względów. Lista najczęściej stosowanych rozpoznań pokrywa się częściowo, lecz nie całkowicie z listą najczęściej używanych kategorii diagnostycznych uzyskaną w międzynarodowym badaniu, w którym zajmowano się głównie opieką szpitalną w 10 krajach [18] – prawdopodobnie świadczy to o posługiwaniu się nieco innym zestawem kategorii w praktyce ambulatoryjnej. Warto zauważyć, że niektóre kategorie, budzące kontrowersje w dyskusjach podczas pracy nad nową wersją ICD, m.in. F41.2 Zaburzenie lękowe i depresyjne mieszane oraz F43.2 Zaburzenia adaptacyjne, były bardzo często używane przez psychiatrów na całym świecie. Interesujące jest również niezwykle rozpowszechnione wykorzystanie kategorii zarówno F32 Epizod depresyjny, jak i F33 Zaburzenie depresyjne nawracające, ponieważ jest to jeden z obszarów, w których ICD-10 różni się od DSM-IV. Psychiatrzy ujawnili, że posługują się stosunkowo małą liczbą kategorii co najmniej raz w tygodniu (zob. ryc. 8), począwszy od przeciętnie mniej niż 10 kategorii w Armenii i Włoszech, a skończywszy na przeciętnie prawie 20 kategoriach w Indiach i Iraku. Wydaje się to zgodne z ogólnym zawężeniem czy ograniczeniem praktyki psychiatrycznej [9]. Przedmiotem dalszych analiz będą różnice między poszczególnymi regionami i między krajami w posługiwaniu się konkretnymi kategoriami diagnostycznymi.

Informacje o łatwości używania i stopniu dopasowania niewątpliwie mają bezpośrednie znaczenie dla korekty ICD, ponieważ wprost wskazują na kategorie spostrzegane jako problematyczne ze względu na podane definicje i wskazówki diagnostyczne. Z perspektywy zdrowia publicznego ma to szczególnie doniosłe implikacje dla kategorii bardzo powszechnie używanych. Trzeba podkreślić, że wszystkich ocen łatwości stosowania i stopnia dopasowania dokonali psychiatrzy, którzy deklarowali, że w swojej codziennej praktyce klinicznej korzystają z ICD-10 i że danej kategorii używają co najmniej raz w tygodniu. Metodę tę wybrano specjalnie po to, by łatwość stosowania i stopień dopasowania każdej kategorii oceniali ci psychiatrzy, którym jest ona najlepiej znana z praktyki.

Ogólnie, przeciętne oceny łatwości stosowania i stopnia dopasowania były dosyć wysokie, co świadczy, że psychiatrzy regularnie posługujący się tymi kategoriami generalnie uważali je za łatwe do stosowania i stosunkowo trafnie opisujące pacjentów, z którymi mają do czynienia w praktyce klinicznej. Dane te są zgodne z wynikami badań terenowych nad ICD-10 – *Opisy Kliniczne i Wskazówki Diagnostyczne* [11], gdzie używano podobnej skali szacunkowej do oceny stopnia dopasowania, a także z wynikami niedawnych badań psychiatrów w krajach niemieckojęzycznych [9]. Wyniki te pokazują jednak również problemy dotyczące wielu konkretnych kategorii (zob. ryc. 9 i 10 oraz tabl. 3), na które należy zwrócić uwagę w procesie opracowywania nowej wersji ICD.

Obecna ankieta dostarcza podstawowych danych, wskazuje także konkretne cele – co należy poprawić w zakresie definicji i opisu specyficznych kategorii zaburzeń psychicznych, daje również ogólniejsze wskazówki dotyczące wielu istotnych kwestii. Wyniki ankiety będą niezmiernie użyteczne dla WHO, przyczyniając się do zwiększenia użyteczności klinicznej klasyfikacji oraz jej globalnej akceptacji w ramach obecnej korekty ICD. Badanie to stanowi również ważny przykład niezmiernie bogatej i owocnej współpracy między WHO, WPA i Towarzystwami Członkowskimi WPA. Mamy zamiar korzystać z tych doświadczeń w dalszych etapach pracy nad ICD-11.

## PODZIĘKOWANIA

G. Mellsop, W. Goebel i J. Zielasek zgodzili się na użycie pytań ankietowych pochodzących z ich badań, za co autorzy wyrażają im swoją wdzięczność. Są również wdzięczni Komitetowi Wykonawczemu WPA, w skład którego wchodzi T. Akiyama, H. Herrman, M. Jorge, L. Kuey, T. Okasha, P. Ruiz i A. Tasman, za sugestie przy opracowywaniu ankiety. Dziękują S. Evansowi za weryfikację danych. Tłumaczenia ankiety na język hiszpański dokonała P. Esparza, z którą współpracowali L. Flórez Alarcón (Kolumbia), J. Bajerano, G. Amador Muñoz (Kostaryka), M. Piazza (Peru), J.-J. Sánchez-Sosa (Meksyk), L. Caris (Chile) i B. Mellor (Hiszpania). Przekładu na język francuski dokonała L. Bechard-Evans (Kanada) ze współpracownikami: A. Lovell, C. Barral, A. Dumas, N. Henckes, B. Moutaud, A. Troisoefs, P. Roussel (Francja), oraz B. Khoury i L. Akoury Dirani (Liban). Ankietę przeprowadzono korzystając z platformy ankietowej *Qualtrics* udostępnionej przez *University of Kansas*, autorzy są wdzięczni M. Robertsonowi za pomoc w tej sprawie. Dziękują również L. Bechard-Evans za zamieszczenie wstępnej wersji ankiety na platformie *Qualtrics* oraz opracowanie wstępnego protokołu tłumaczenia. Szczególne podziękowania autorzy składają uczestniczącym w ankiecie Towarzystwom Członkowskim WPA za współpracę w przeprowadzeniu ankiety wśród ich członków, w tym za przetłumaczenie kwestionariusza na języki miejscowe. Z tłumaczenia na niemiecki przygotowanego przez *German Association for Psychiatry and Psychotherapy* korzystało również *Austrian Association for Psychiatry and Psychotherapy*. Z tłumaczenia na rosyjski przygotowanego przez Rosyjskie Towarzystwo Psychiatryczne korzystało także Kirgiskie Towarzystwo Psychiatryczne.

Jeśli nie stwierdzono inaczej, poglądy wyrażone w tym artykule reprezentują opinie autorów, nie zaś oficjalną politykę czy stanowisko Światowej Organizacji Zdrowia (WHO).

## PIŚMIENNIC TWO

1. World Health Organization. International classification of diseases and related health problems, 10th revision. Geneva: World Health Organization, 1992.
2. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry* 2011;10:86–92.
3. Reed GM. Towards ICD-11: improving the clinical utility of WHO's international classification of mental disorders. *Prof Psychol Res Pr* 2010;41:457–64.
4. Mezzich JE. International surveys on the use of ICD-10 and related diagnostic systems. *Psychopathology* 2002;35:72–5.
5. Mellsop G, Banzato C, Shinfuku N et al. An international study of the views of psychiatrists on present and preferred characteristics of classifications of psychiatric disorders. *Int J Ment Health* 2008; 36:18–26.
6. Mellsop G, Dutu G, Robinson G. New Zealand psychiatrists views on global features of ICD-10 and DSM-IV. *Aust NZ J Psychiatry* 2007;41:157–65.
7. Suzuki Y, Takahashi T, Nagamine M et al. Comparison of psychiatrists' view on classification of mental disorders in four East Asian countries/area. *Asian J Psychiatry* 2010;3:20–5.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., text revision. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
9. Zielasek J, Freyberger HJ, Jänner M et al. Assessing the opinions and experiences of German-speaking psychiatrists regarding necessary changes for the 11th revision of the mental disorders chapter of the International Classification of Disorders (ICD-11). *Eur Psychiatry* 2010;25:437–42.
10. Maser JD, Kaelber C, Weise R. International use and attitudes toward DSM-III and DSM-III-R: growing consensus in psychiatric classification. *J Abnorm Psychol* 1991;100:271–9.
11. Sartorius N, Kaelber CT, Cooper JE et al. Progress toward achieving a common language in psychiatry: results from the field trial of the clinical guidelines accompanying the WHO classification of mental and behavioural disorders in ICD-10. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50:115–24.
12. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992.
13. World Bank. Country and lending groups. [data.worldbank.org](http://data.worldbank.org).
14. Regier DA, Narrow WE, Kuhl EA et al. The conceptual development of DSM-V. *Am J Psychiatry* 2009;166:645–50.
15. Narrow WE, Kuhl EA, Regier DA. DSM-V perspectives on disentangling disability from clinical significance. *World Psychiatry* 2009;8:88–9.
16. Otero-Ojeda A. Third Cuban Glossary of Psychiatry (GC-3): key features and contributions. *Psychopathology* 2002;35:181–4.
17. Horwitz AV, Wakefield JC. The loss of sadness: how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder. Oxford: Oxford University Press, 2007.
18. Müssigbrodt H, Michels R, Malchow CP et al. Use of the ICD-10 classification in psychiatry: an international survey. *Psychopathology* 2000;33:94–9.
19. Maj M. Mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010;9:65–6.