

Niebawem w Polsce, podobnie jak w innych krajach, po wielu latach oczekiwań będzie wdrożona 11 rewizja ICD. Klasyfikacja ICD ma charakter ogólny, powszechny, jest narzędziem zdrowia publicznego i ma służyć nie tylko klinicystom, ale również statystykom, epidemiologom, profilaktykom, organizatorom opieki medycznej i ekonomii zdrowia.

MIĘDZY ICD-10 A ICD-11 – PODOBIENSTWA I RÓŻNICE OCZAMI KLINICYSTÓW – WSKAZÓWKI DIAGNOSTYCZNE

Roman Wojnar
Śląska Fundacja Błękitny Krzyż
Krzysztof Krysta
Śląski Uniwersytet Medyczny

Wstęp

Obecne cele WHO dotyczące zdrowia publicznego koncentrują się na zapobieganiu chorobom, przedłużaniu ludziom życia i promowaniu zdrowia poprzez świadome wybory zachowań prozdrowotnych przez społeczeństwa.

W ostatnich dekadach WHO dodatkowo podkreśla rolę zaburzeń związanych z używaniem substancji jako ważnym czynnikiem wpływającym na zdrowie.

W ciągu ostatnich 30 lat od wprowadzenia ICD-10 nastąpił gwałtowny wzrost możliwości diagnostycznych, rozwój rynku nielegalnych substancji psychoaktywnych,

jak również rozwój uzależnień behawioralnych, które po części zostały włączone do ICD-11.

Założenia ogólne

W ICD-10 zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania znajdują się w rozdziale piątym i wszystkie rozpoznania kodujemy literą F. Podstawowy schemat kodowania (alfanumeryczny – trzyznakowy) zawiera

oprócz litery dwie cyfry arabskie, co przyczyniło się do podziału zaburzeń psychicznych na 10 działów z możliwością wprowadzenia 100 kategorii diagnostycznych.

Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych znalazły się w dziale drugim i koduje się je od F10 do F19. Poszczególne grupy diagnostyczne związane są z konkretnymi substancjami psychoaktywnymi lub ich

Tabela 1. Porównanie rozpoznań nozologicznych wg ICD-10 i ICD-11.

ICD-10		ICD-11		
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem:		Zaburzenia spowodowane używaniem (substancji) lub zachowaniami uzależniającymi:		
1	alkoholu	F10	alkoholu	6C40
2	kannabinoli	F12	konopi indyjskich (kannabinoli)	6C41
3			syntetycznych kannabinoidów	6C42
4	opiatów	F11	opiodów	6C43
5	leków uspokajających i nasennych	F13	środków uspokajających, hipnotycznych lub anksjolitycznych	6C44
6	kokainy	F14	kokainy	6C45
7			środków pobudzających, w tym amfetamin, metamfetaminy lub metkatynonu	6C46
8			syntetycznych katynonów	6C47
9	innych substancji stymulujących, w tym kofeiny	F15	kofeiny	6C48
10	substancji halucynogennych	F16	halucynogenów	6C49
11	paleniem tytoniu	F17	nikotyny	6C4A
12	lotnych rozpuszczalników	F18	lotnych środków inhalacyjnych	6C4B
13			MDMA lub narkotyków pokrewnych, w tym MDA	6C4C
14			leków dysocjacyjnych, w tym ketaminy i fencyklidyny [PCP]	6C4D
15			innych określonych substancji psychoaktywnych, w tym leków	6C4E
16	kilku substancji lub używaniem innych substancji psychoaktywnych	F19	wielu określonych substancji psychoaktywnych, w tym leków	6C4F
17			nieznanych lub niesprecyzowanych substancji psychoaktywnych	6C4G
18			substancji niepsychoaktywnych	6C4H
19			substancji niepsychoaktywnych	6C4Y
20			substancji, nieokreślone	6C4Z
21	patologiczny hazard	F63.0	zaburzenia hazardowe	6C50
22	inne zaburzenia nawyków i popędów (impulsów)	F63.8*	zaburzenie związane z gramami sieciowymi	6C51
23	inne zaburzenia nawyków i popędów (impulsów)	F63.8*	inne określone zaburzenie spowodowane zachowaniami uzależniającymi	6C5Y
24	zaburzenia nawyków i popędów (impulsów), nieokreślone	F63.9	zaburzenie spowodowane zachowaniami uzależniającymi, nieokreślone	6C5Z

* Pozycja F63.8 (ICD-10) najbardziej odpowiada obu rozpoznaniom z ICD-11 (przypis własny).

grupami lub używaniem kilku substancji lub innych substancji psychoaktywnych. Zaburzenia związane z używaniem innych substancji np. niesteroidowych leków przeciwbólowych czy anabolików, podobnie jak zachowania nałogowe (patologiczny hazard), znalazły się w innych działach zaburzeń psychicznych. Porównując dział psychiatrii, należy stwierdzić, że w rozwoju diagnostyki nozologicznej nastąpiły zmiany: w ICD-9 wyodrębniono 30 grup diagnostycznych, w ICD-10 było ich już 80, a w ICD-11 będzie ich znacznie więcej. Konstrukcja ICD-11 zakłada rozszerzenie o 3 do 4 znaków kodowanie jednostki nozologicznej (diagnostycznej). Fundamentalną różnicą, podobnie jak w DSM-5, jest powstanie wspólnej jednostki dla dotychczasowych uzależnień od substancji oraz dla uzależnień behawioralnych.

Rozszerzono również możliwość kodowania czwartego znaku nie tylko za pomocą cyfr arabskich 0-9 (podobnie jak w ICD-10), ale dodatkowo za pomocą liter alfabetu, np. 6C4A to zaburzenia związane z używaniem nikotyny. Ostatnie dwie pozycje w da-

nej grupie diagnostycznej kończą się zawsze literą Y (6C4Y – inne specyficzne zaburzenia związane z używaniem substancji) oraz Z (6C4Z – zaburzenia związane z używaniem substancji niespecyficzne). Łącznie w ICD-11 jest 20 kategorii dla używania substancji oraz cztery dla uzależnień behawioralnych. Wszystkie kategorie diagnostyczne dotyczące substancji psychoaktywnych, które są zawarte w ICD-10, mają swoje odzwierciedlenie w ICD-11 (patrz tabela 1). Dodatkowo ujęto kilka nowych kategorii substancji o potencjale uzależniającym. Nowością jest ujęcie zaburzeń spowodowanych nadużywaniem substancji, które nie mają swoistego potencjału uzależniającego, które w ICD-10 znajdowały się w innych rozdziałach, np. F55 będzie miało odzwierciedlenie w dziale zaburzenia spowodowane używaniem substancji: 6C4H – niepsychoaktywnych; 6C4Y – innych określone lub ewentualnie 6C4Z – zaburzenia spowodowane używaniem substancji, nieokreślone.

Taka konstrukcja pozwala na zakwalifikowanie w zasadzie każdej substancji lub bardziej osoby, która

Tabela 2. Porównanie stanów klinicznych wg ICD-10 i ICD-11.

ICD-10	F1x.0	F1x.1	F1x.2	F1x.3	F1x.4	F1x.5	F1x.6	F1x.7	F1x.8	F1x.9	ICD-11
F10	F10.0	F10.1	F10.2	F10.3	F10.4	F10.5	F10.6	F10.7	F10.8	F10.9	6C40
F11										O	6C43
F12										THC	6C41
F13										U + N	6C44
F14										KOK	6C45
F15										KOF	6C48
F16										H	6C49
F17										N	6C4A
F18										R	6C4B
F19										P	6C4F
F10	6C40.3	6C40.1	6C40.2	6C40.4	6C40.5	6C40.6	__**	__**	6C40.Y	6C40.Z	6C40
	6C40.0*							6C40.7*			

* Brak odpowiednika w ICD-10. ** Brak odpowiednika w ICD-11. Na ich miejsce pojawi się nieco inny stan kliniczny 6C40.7: Inne zaburzenia spowodowane alkoholem (m.in. spowodowane zaburzeniami nastroju i lękowymi). Spora zmiana dotyczyć będzie stanu klinicznego, jakim jest uzależnienie F10.2 w ICD-10 (6C40.2 w ICD-11).

korzysta z opieki zdrowotnej i ma problemy z powodu używania czy nadużywania różnych substancji.

Wymienione w tabeli 1. nowe grupy substancji psychoaktywnych są znane już od wielu lat. Wydaje się, iż podstawowym argumentem za ich włączeniem do kanonu ICD jest możliwość ich powszechnego identyfikowania. Substancje rzadsze, choć dobrze zbadane, będą kodowane w kategorii 6C4E. Dla nowych substancji psychoaktywnych pozostaje rozpoznanie 6C4G.

Drugim blokiem są zaburzenia spowodowane zachowaniami uzależniającymi o kodzie 6C50 do 6C52. Włączono do nich zaburzenia hazardowe, związane z grami sieciowymi, inne określone i nieokreślone zaburzenia uzależniające. Wchodzą one w miejsce dotychczasowych rozpoznań kodowanych w ICD-10 jako F63.0, F63.8 i F63.9 (patrz tabela 1). Z praktycznego punktu widzenia oznacza to, iż poprzedni dogmat lansowany w ICD-10, że musi być czynnik fizyczny (substancja psychoaktywna), jest nieaktualny.

Szybko rozwijające się techniki neuroobrazowania dają coraz więcej dowodów na podobne reakcje układu nerwowego, szczególnie układu nagrody na substancje lub różne zachowania. Stąd też należy się spodziewać, iż obecnie zatwierdzona przez WHO 11 rewizja będzie obowiązywała dość długo, gdyż wychodzi naprzeciw problemom diagnostycznym, które obecnie dostrzegamy (kazuistyka), ale nie ma na ich wyrazistość dostatecznych dowodów i powszechnej zgody. W przyszłości mogą pojawić się całkiem nowe problemy i wyzwania. Dotyczy to zarówno używania substancji, jak i zachowań nałogowych.

Porównanie stanów klinicznych wg ICD-10 i ICD-11 przedstawia tabela nr 2. Przykładem są tutaj zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu. Zasadniczo rodzaje stanów klinicznych w ICD-11 są odpowiednikami w ICD-10. Istotne różnice dotyczą nowych stanów klinicznych (rozpoznań), tj. 6C40.0 – epizod szkodliwego spożywania używania alkoholu oraz 6C40.7 – inne zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu. Znikną dotychczasowe rozpoznania F10.6 – zespół amnestyczny oraz F10.7 – rezydualne i późno ujawniające się zaburzenia psychotyczne, które znajdują się w dziale zaburzeń neurokognitywnych. Wytyczne diagnostyczne dotyczące uzależnienia (od alkoholu) wg ICD-11 można ująć w trzech zasadach:

1. Z trzech wytycznych muszą być spełnione co najmniej dwie w określonym czasie (2/3).
2. Czas trwania zwykle powyżej 12 miesięcy lub przy ciągłym używaniu co najmniej jeden miesiąc.
3. Większa niż dotychczas elastyczność diagnostyczna i opisowy charakter diagnozy (nie tylko objawowy). Sześć objawów uzależnienia wg ICD-10, które dotychczas są podstawą diagnozy nozologicznej, zastąpiono w ICD-11 trzema:

1. Upośledzona kontrola – niekoniecznie z towarzyszącym subiektywnym odczuciem potrzeby lub pragnienia użycia alkoholu. Odpowiada to w ICD-10 objawom „utracie kontroli” i „głodowi”.
2. Używanie alkoholu – związane z codziennymi czynnościami, obowiązkami lub zdrowiem oraz dbaniem o siebie. Odpowiada to w ICD-11 objawom „behawioralnym” i „szkodom zdrowotnym”.
3. Cechy fizjologiczne przejawiające się tolerancją, objawami „zmiana tolerancji” i „alkoholowemu zespołowi odstawiennemu”.

Do ICD-11 wprowadzono nową kategorię diagnostyczną: niebezpieczne/ryzykowne używanie alkoholu. Nie ma ono bezpośredniego odpowiednika w DSM-5. Nie jest zaburzeniem jako takim i zostało zgrupowane w ramach „czynników ryzyka zdrowotnego”. Jest to wzorzec spożywania alkoholu, który znacznie zwiększa ryzyko szkodliwych konsekwencji dla zdrowia fizycznego lub psychicznego użytkownika lub innych osób w stopniu, który wymaga uwagi, porady ze strony pracowników służby zdrowia. Zwiększone ryzyko może wynikać z częstotliwości spożywania alkoholu, ilości wypijanej przy danej okazji ryzykownych zachowań związanych z używaniem alkoholu lub kontekstu spożywania alkoholu bądź z kombinacji tych czynników.

Brak możliwych do zdiagnozowania konsekwencji dla zdrowia fizycznego lub psychicznego jest kluczową cechą odróżniającą niebezpieczne spożywanie alkoholu od szkodliwego spożywania alkoholu. W definicji nie określono żadnych konkretnych ilości ani wzorców spożycia alkoholu. Ryzyko może być związane z krótkotrwałymi skutkami spożywania alkoholu lub długoterminowymi skumulowanymi skutkami dla zdrowia fizycznego lub psychicznego.

(Alkoholowy) zespół abstynencyjny kodowany odpowiednio F10.3 lub 6C40.4 to grupa objawów o różnej konfiguracji i nasileniu występujących po całkowitym

lub częściowym wycofaniu substancji używanej w sposób powtarzalny, zwykle długotrwały i/lub w wysokich dawkach. Początek i przebieg zespołu abstynencyjnego jest ograniczony w czasie i związany z rodzajem substancji oraz dawką przyjętą bezpośrednio przed rozpoczęciem abstynencji. Zespół abstynencyjny może być powikłany drgawkami.

Zespół abstynencyjny (alkoholowy) z majaczeniem – F10.4 odpowiednio 6C40.5 jest zazwyczaj skutkiem całkowitego zaprzestania albo zmniejszania ilości wypijanego alkoholu u osób z ciężkim uzależnieniem i długim okresem picia. Jest ono krótkotrwałym, ale czasem nawet zagrażającym życiu stanem zaburzeń świadomości pochodzenia toksycznego, któremu towarzyszą zaburzenia somatyczne.

(Alkoholowe) zaburzenia psychotyczne – F10.5 odpowiednio 6C40.6 – występują w trakcie zażywania substancji psychoaktywnych lub krótko po nich. Jest to grupa objawów psychotycznych występujących w czasie przyjmowania substancji psychoaktywnych lub wkrótce po tym, które obejmuje: żywe omamy (zazwyczaj słuchowe, ale często dotyczą więcej niż jednego ze zmysłów), nieprawidłowe utożsamianie osób, urojenia i/lub nastawienia odnoszące (często paranoidalne lub prześladowcze), zaburzenia psychomotoryczne (pobudzenie lub słupienie) i zaburzenia afektu, który może się wahać od intensywnego strachu do ekstazy. Świadomość jest zazwyczaj niezaburzona, choć czasami może występować różnego stopnia przymglenie świadomości (nie osiąga poziomu splątania). Zaburzenia najczęściej ustępują, przynajmniej częściowo, w ciągu miesiąca, a całkowicie – w okresie do 6 miesięcy.

Pozostałe sfery kliniczne (F10.8 – odpowiednio 6C40.Y) to inne zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania. Kodem tym należy oznaczać wszystkie inne zaburzenia, w których stwierdzono, że substancja psychoaktywna (np. alkohol) bezpośrednio wpływa na ich wystąpienie, które jednak nie spełniają kryteriów żadnego z wymienionych wyżej zaburzeń. Podobnie zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania nieokreślone mają swoje odpowiedniki w ICD-10 i ICD-11 – F10.9 i 6C40.Z.

Podsumowanie

Wprowadzenie nowych wytycznych w ICD-11 jest niewątpliwie wyzwaniem dla lecznictwa uzależnień. Najważniejsze zmiany to:

- Zaktualizowany i rozszerzony zakres klas substancji.
- Uproszczenie wytycznych diagnostycznych dla uzależnień.
- Dokładniejsza specyfikacja różnych szkodliwych schematów używania substancji, które mogą mieć charakter ciągły, epizodyczny lub powtarzający się.
- Nowa kategoria oznaczająca pojedyncze przypadki szkodliwego używania 6C4x.0.
- Wprowadzenie używania niebezpiecznych substancji jako czynnika ryzyka dla zdrowia.
- Zmiany w zakresie zaburzeń psychicznych wywołanych substancjami psychoaktywnymi.
- Przeniesienie zaburzeń neurokognitywnych związanych z substancjami psychoaktywnymi do sekcji zaburzeń neurokognitywnych. Należy prowadzić diagnostykę różnicową w stosunku do innych uzależnień, innych chorób psychicznych lub somatycznych (domena lekarzy).
- Diagnoza uzależnienia została rozszerzona w stosunku do swojego odpowiednika ICD-10 i obejmuje zachowania, które wyrządzają krzywdę innym, uznając znaczne szkody spowodowane przez alkohol. Diagnozując uzależnienie od alkoholu, warto pamiętać, że:
- Objawy odstawienne muszą być charakterystyczne dla zespołu odstawienia alkoholu, a nie mogą po prostu odzwierciedlać efektu kaca.
- Uzależnienie od alkoholu jest rozumiane jako nabyta reakcja adaptacyjna po wielokrotnym używaniu alkoholu, a nie jako pierwotne zaburzenie biologiczne, oznacza to zwiększenie nacisku na behawioralny charakter uzależnień.

Bibliografia

- Habrat B., „Co nowego w ICD-11 w odniesieniu do zaburzeń związanych z używaniem substancji?”, *Psychiatria, Pismo dla Praktyków*, 38 i 39/2022.
- ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 05/2021); <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Wojnar M., Krzystanek M. Wojnar R., „Raport z badań »Zmiana struktury pacjentów leczonych w Ośrodkach Leczenia Uzależnień w latach 2008–2017 w odniesieniu do uzależnień behawioralnych, implikacje demograficzne, diagnostyczne, kliniczne i terapeutyczne«, Konsorcjum SUM, Śląska Fundacja Błękitny Krzyż, 2019; https://www.uzaleznieniabehawioralne.pl/wp-content/uploads/2019/06/14_HMK_17-BK.pdf (dostęp 13.06.2023).