

Tekst koji slijedi kratki je prikaz aktualnih zbivanja u procesu pripreme poglavlja o mentalnim i bihevioralnim poremećajima 11. izdanja Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-11), čije se objavljivanje očekuje 2017. godine.

S ciljem informiranja i razmjene recentnih spoznaja među stručnjacima iz različitih dijelova svijeta, službeni časopis Svjetske psihijatrijske organizacije „*World Psychiatry*“, u ovogodišnjem lipanjskom broju objavit će prethodno spomenuti tekst u svojih sedam izdanja, odnosno na sedam različitih svjetskih jezika. Budući da hrvatski jezik nije među njima, prof. dr. Mario Maj, glavni urednik „*World Psychiatry*“, zamolio nas je da prevedemo tekst na hrvatski jezik i objavimo u našem časopisu kako bi se domaći stručnjaci u području mentalnog zdravlja mogli bolje upoznati s nadolazećim službenim klasifikacijskim sustavom.

RAZVOJ POGLAVLJA O MENTALNIM POREMEĆAJIMA MEĐUNARODNE KLASIFIKACIJE BOLESTI: AKTUALNE INFORMACIJE ZA ČLANSTVO SVJETSKE PSIHIJATRIJSKE ORGANIZACIJE

UMBERTO VOLPE

*Klinika za psihijatriju, Sveučilište u Napulju, Napulj, Italija
Department of Psychiatry, University of Naples SUN, Naples, Italy*

Prijevod

NENAD JAKŠIĆ I MIRO JAKOVLJEVIĆ

Klinika za psihijatriju, Klinički bolnički centar Zagreb, Zagreb, Hrvatska

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) razvija 11. izdanje Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-11), čija se publikacija očekuje 2017. godine. Svjetska psihijatrijska organizacija (SPO) surađuje sa SZO u produkciji poglavlja o mentalnim i bihevioralnim poremećajima.

Principi u podlozi razvoja tog poglavlja opisani su od strane Međunarodne savjetodavne skupine za Reviziju MKB-10 mentalnih i bihevioralnih poremećaja u članku

objavljenom u lipnju 2011. godine (1). Ovaj članak naglašava da se poglavlje kreira u suradnji s relevantnim pripadnicima interesnih skupina, uključujući države članice SZO, nekoliko stručnih skupina, te korisnike mentalno zdravstvenih usluga i njihove obitelji. Pridavanje pažnje kulturalnim okvirima predstavlja ključni element. Revizija je shvaćena kao prilika za unaprjeđenje kliničke korisnosti navedene klasifikacije, posebice u području primarne zdravstvene skrbi i u slabije razvijenim državama (vidjeti 2, 3).

MKB-11 klasifikacija ostat će bazirana na opisima prototipova različitih mentalnih poremećaja umjesto na operacionaliziranim dijagnostičkim kriterijima. Prednosti i mogući nedostaci ovog pristupa navedeni su u nekoliko prethodno objavljenih članaka (npr. 4-11). Glavni argument za korištenje ovog pristupa jest njegova kongruentnost sa spontanom kliničkim procesom, koji ne uključuje provjeravanje postojanja svakog od više mogućih simptoma, već provjeravanje odgovaraju li karakteristike pacijenta nekom od predložaka mentalnih poremećaja koje je kliničar razvio kroz svoje obrazovanje i kliničko iskustvo (vidjeti 12). Štoviše, neke recentne studije koje su se usmjerile na različite klase mentalnih poremećaja (npr. ličnost, hranjenje, anksioznost i depresija) sugeriraju kako dijagnostički sustav temeljen na prototipovima može biti jednako pouzdan kao i onaj temeljen na operacionaliziranim kriterijima, ali istodobno lakši za uporabu te veće kliničke korisnosti (npr. 13, 14).

Jedanaest radnih i savjetodavnih skupina, odabranih od strane SZO, zadužene su za razvoj MKB-11 poglavlja o mentalnim i bihevioralnim poremećajima. Nekoliko ovih grupa su nedavno objavile pregledne radove ili preliminarne izvješća o svojim aktivnostima.

Najvažnije sličnosti i razlike između MKB-11 i DSM-5 klasifikacije poremećaja raspoloženja opisane se u nekoliko radova objavljenih u različitim časopisima (npr., 15-17). Među sličnostima su uključivanje aktivacije/energije kao centralnog simptoma manije, kao i priznanje da manični/hipomanični sindrom koji se javlja tijekom terapije antidepresivima i perzistira mimo fizioloških učinaka te terapije, zadovoljava dijagnozu manične/hipomanične epizode. Nadalje, MKB-11 i DSM-5 omogućit će kliničaru da zabilježi pojavu subsindromalnog anksioznog sindroma u pacijenta s velikom depresivnom epizodom, koristeći specifičnu oznaku. Bipolarni poremećaj tip II biti će priznat kao zasebni dijagnostički entitet u MKB-11, dok je u MKB-10 bio samo spomenut među „ostalim bipolarnim afektivnim poremećajima“. Očekivane razlike između MKB-11 i DSM-5 uključivat će različite karakterizacije miješanih stanja i shizoafektivnih poremećaja. Nadalje, MKB-11 će isključiti iz dijagnoze depresivne epizode, u skladu s MKB-10 i u suprotnosti s DSM-5, „normalne reakcije žalovanja prikladne u kulturi dotičnog pojedinca“ (vidjeti 18, 19).

Najvažnije sličnosti i razlike između MKB-11 i DSM-5 klasifikacija stresom izazvanih poremećaja opisane su u jednom nedavno objavljenom radu (20). U MKB-11, predložena nova skupina „poremećaja specifično povezanih sa stresom“ uključivat će poremećaj prilagodbe (čiji će opis proći značajnu reviziju, uključujući povećanje specifičnosti simptoma), posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) (čiji će se dijagnoza bazirati na tri dobro definirana ključna simptoma), kao i kompleksni PTSP (nova kategorija definirana poremetnjama u domenama afekta, slike o sebi i interpersonalnih odnosa, uz tri ključna PTSP

simptoma). Akutna stresna reakcija bit će konceptualizirana kao normalna reakcija, a iz tog razloga klasificirana u poglavlju koje odgovara MKB-10 „faktorima koji utječu na zdravstveni status i korištenje usluga“ („akutni stresni poremećaj“ ostat će u dijelu o traumom i stresom izazvanih poremećaja u DSM-5).

Prijedlozi za MKB-11 poglavlje o poremećajima hranjenja i jedenja sažeti su u jednom drugom radu (21). Oni uključuju proširenje kategorije anoreksije nervoze kroz izostanak kriterija amenoreje, proširenje kriterija težine na bilo koju značajno smanjenu težinu, te proširenje kriterija kognicija koje će uključivati razvojno i kulturalno relevantne prezentacije. Nadalje, oznaka ozbiljnosti stanja „s opasno niskom tjelesnom težinom“ trebala bi izdvojiti teške slučajeve anoreksije nervoze koji imaju najlošiju prognozu. Kategorija bulimije nervoze vjerojatno će biti proširena na subjektivno prejedanje, a poremećaj prejedanja bit će definiran kao zasebna dijagnostička kategorija, u skladu s DSM-5.

Razmišljanja MKB-11 radne skupine za poremećaje intelektualnog razvoja prezentirana su u radu objavljenom 2011. godine (22). Poremećaji intelektualnog razvoja (termin koji je zamijenio „mentalnu retardaciju“) predloženi su kao „skupina razvojnih stanja karakteriziranih značajno narušenim kognitivnim funkcijama, povezanih s ograničenjima učenja, adaptivnog ponašanja i vještina“. Radna skupina je nadalje predložila da se poremećaji intelektualnog razvoja svrstaju u veću skupinu neurorazvojnih poremećaja, da se očuvaju postojeće potkategorije bazirane na težini kliničkog stanja, te da se problemi u ponašanju opišu kao povezane poteškoće.

Voditelj radne skupine MKB-11 za psihotične poremećaje nedavno je izvjestio (23) o očekivanim sličnostima i razlikama između MKB-11 i DSM-5 klasifikacijama ovih poremećaja. U MKB-11, kao i u DSM-5, maknut će se naglasak sa Schneiderovih simptoma prvog reda u opisu shizofrenije te će podtipovi ovog poremećaja biti izostavljeni. Ovi podtipovi biti će zamijenjeni sa šest simptomatskih oznaka (pozitivni simptomi, negativni simptomi, depresivni simptomi, manični simptomi, psihomotorni simptomi i kognitivne poremetnje). Za razliku od DSM-5, MKB-11 će vjerojatno zadržati trajanje od jednog mjeseca kao kriterij za dijagnozu shizofrenije, a neće uključivati funkcionalnu narušenost kao nužni kriterij.

Preliminarna izvješća o razvoju MKB-11 poglavlja o mentalnim poremećajima u djece i adolescenata (24), somatoformnim i disocijativnim poremećajima (25) i poremećajima ličnosti (26) također su dostupna u recentnoj literaturi.

Testiranja MKB-11 prijedloga odvija se putem Interneta kroz Globalnu mrežu kliničke prakse (engl. *Global Clinical Practice Network*) koja se trenutno sastoji od gotovo deset tisuća kliničara u području mentalnog zdravlja i primarne skrbi (www.globalclinicalpractice.net).

LITERATURA

1. 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.
2. Reed GM. Toward ICD-11: Improving the clinical utility of WHO's International Classification of Mental Disorders. *Prof Psychol Res Pract* 2010; 41: 457-64.
3. Gureje O, Reed G. Revising the classification of mental disorders: do we really need to bother? *Int Rev Psychiatry* 2012; 24: 511-3.
4. Maj M. Psychiatric diagnosis: pros and cons of prototypes vs. operational criteria. *World Psychiatry* 2011; 10: 81-2.
5. Westen D. Prototype diagnosis of psychiatric syndromes. *World Psychiatry* 2012; 11: 16-21.
6. Jablensky A. Prototypes, syndromes and dimensions of psychopathology: an open agenda for research. *World Psychiatry* 2012; 11: 22-3.
7. First MB. A practical prototypic system for psychiatric diagnosis: the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. *World Psychiatry* 2012; 11: 24-5.
8. Frances A. Prototypal diagnosis: will this relic from the past become the wave of the future? *World Psychiatry* 2012; 11: 26.
9. Wakefield JC. Are you as smart as a 4th grader? Why the prototype-similarity approach to diagnosis is a step backward for a scientific psychiatry. *World Psychiatry* 2012; 11: 27-8.
10. Ayuso-Mateos JL. Prototype diagnosis of psychiatric syndromes and the ICD-11. *World Psychiatry* 2012; 11: 30-1.
11. Maj M. Adherence to psychiatric treatments and the public image of psychiatry. *World Psychiatry* 2013; 12: 185-6.
12. Ortigo KM, Bradley B, Westen D. An empirically based prototype diagnostic system for DSM-V and ICD-11. U: Millon T, Krueger RF, Simonsen E, ur. *Contemporary directions in psychopathology: scientific foundations of the DSM-V and ICD-11*. New York: Guilford, 2010.
13. Westen D, Shedler J, Bradley R. A prototype approach to personality disorder diagnosis. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 846-56.
14. Westen D, Malone JC, DeFife JA. An empirically derived approach to the classification and diagnosis of mood disorders. *World Psychiatry* 2012; 11: 172-80.
15. Maj M. Mood disorders in ICD-11 and DSM-5. A brief overview. *Die Psychiatrie* 2013; 10: 24-9.
16. Maj M. Validity and clinical utility of the current operational characterization of major depression. *Int Rev Psychiatry* 2012; 24: 530-7.
17. Maj M, Reed GM, ur. The ICD-11 classification of mood and anxiety disorders: background and options. *World Psychiatry* 2012; 11(Suppl. 1).
18. Maj M. Bereavement-related depression in the DSM-5 and ICD-11. *World Psychiatry* 2012; 11: 1-2.
19. Wakefield JC, First MB. Validity of the bereavement exclusion to major depression: does the empirical evidence support the proposal to eliminate the exclusion in DSM-5? *World Psychiatry* 2012; 11: 3-10.
20. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA i sur. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry* 2013; 12: 198-206.
21. Uher R, Rutter M. Classification of feeding and eating disorders: review of evidence and proposals for ICD-11. *World Psychiatry* 2012; 11: 80-92.
22. Salvador-Carulla L, Reed GM, Vaez-Azizi LM i sur. Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and framework for "mental retardation/intellectual disability" in ICD-11. *World Psychiatry* 2011; 10: 175-80.
23. Gaebel W, Zielasek J, Cleveland H-R. Psychotic disorders in ICD-11. *Die Psychiatrie* 2013; 10: 11-7.
24. Rutter M, Uher R. Classification issues and challenges in child and adolescent psychopathology. *Int Rev Psychiatry* 2012; 24: 514-29.
25. Creed F, Gureje O. Emerging themes in the revision of the classification of somatoform disorders. *Int Rev Psychiatry* 2012; 24: 556-67.
26. Tyrer P, Crawford M, Mulder R i sur. Reclassifying personality disorders. *Lancet* 2011; 377: 1814-5.