

Tabela 1.7. Porównanie głównych grup zaburzeń reprezentowanych w DSM-IV i ICD-10

DSM-IV		ICD-10	
Zaburzenia zwykle rozpoznawane po raz pierwszy w wieku niemowlęcym, dziecięcym lub młodzieżowym	F7 F8 F9	Upośledzenie umysłowe Zaburzenia rozwoju psychicznego Zaburzenia zachowania i emocji w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym	
Zaburzenia przytomności, otępienne i amnestyczne oraz inne zaburzenia poznawcze	F0	Organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi	
Zaburzenia psychiczne spowodowane stanem medycznym niezaklasyfikowane gdzie indziej			
Zaburzenia związane z substancjami	F1	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych	
Schizofrenia i inne zaburzenia psychotyczne	F2	Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe	
Zaburzenia nastroju	F3	Zaburzenia nastroju (afektywne)	
Zaburzenia lękowe	F4	Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (somatoform)	
Zaburzenia dysocjacyjne			
Zaburzenia adaptacyjne			
Zaburzenia pod postacią somatyczną			
Zaburzenia odżywiania	F5	Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi	
Zaburzenia snu			
Zaburzenia seksualne i tożsamości płciowej	dysfunkcje seksualne parafilie zab. tożsamości płciowej	F6	Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych
Zaburzenia osobowości			
Zaburzenia kontroli impulsów niesklasyfikowane w innym miejscu			
Zaburzenia pozorowane			
Inne stany, skupiające uwagę kliniczną	Z	Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt z usługami zdrowotnymi	
Kody dodatkowe			

ten proces rosnąca współpraca zespołów przygotowujących ICD i DSM.

Uczyniono wiele w celu poprawy rzetelności, czego efektem jest wzrastająca zgodność i porównywalność wyników badań terenowych posługujących się ICD-10 i DSM-IV.

Nierozwiązana pozostaje sprawa trafności wielu klas diagnostycznych i zasad służących do ich rozpoznawania, wydaje się jednak, że istotnej poprawy na tym polu można oczekiwać jedynie od wyników badań podstawowych. Klasyfikacje mogą je ułatwiać poprzez konstruowanie przydatnych konwencji diagnostycznych, lecz nie mogą przynosić rozstrzygnięć.

Klasyfikacje są tymczasowym zapisem stanu wiedzy i świadomości metodologicznej grup ekspertów nadających ton międzynarodowym wysiłkom poznawczym. Niewątpliwie rzutują one na współczesną praktykę i kierunek rozwoju, lecz ich recepcja nie powinna być bezkrytyczna, zwłaszcza wówczas, gdy zapal reformowania rozmija się z codziennym doświadczeniem klinicznym.

Rosnące zainteresowanie klasyfikowaniem ma wiele pozytywnych skutków dla wiedzy i praktyki klinicznej. Trzeba jednak pamiętać, że zadania klinicyisty nie kończą się na klasyfikowaniu i diagnozowaniu, że nawet najwspanialsza klasyfikacja nie rozwiązuje ani trudnych zagadnień diagno-