

Podsumowanie najważniejszych zmian w obrębie zaburzeń seksualnych i zdrowia seksualnego, które wprowadza najnowsza rewizja Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11

Magdalena Smaś-Myszczyzyn*

Gabinet Psychoterapii Magdalena Smaś-Myszczyzyn w Warszawie

Centrum Terapii Lew-Starowicz w Warszawie

0000–0001–8045–1861

Remigiusz Rzyński

Akademia Ekonomiczno-Humanistyczna w Warszawie

0000–0003–3287–555X

STRESZCZENIE

Cel

Celem publikacji jest przegląd zmian wprowadzonych przez najnowszą rewizję Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych w obrębie zdrowia seksualnego i porównanie ich do wcześniej obowiązującej ICD-10.

Metoda

W pracy dokonano przeglądu obu klasyfikacji i porównano je ze sobą, przedstawiono kryteria diagnostyczne najważniejszych zmian w obrębie dysfunkcji seksualnych, zaburzeń parafilnych, niezgodności płci, orientacji seksualnej oraz kompulsywnych zaburzeń seksualnych. Zmiany wprowadzone w ICD-11 zostały zaproponowane na podstawie postępów w badaniach i praktyce klinicznej oraz istotnych zmian w postawach społecznych oraz prawach człowieka. Niniejszy artykuł opisuje i porównuje główne zmiany, jakie zaszły w tym obszarze.

Wyniki

Rewolucyjną zmianą w ICD-11 jest depatologizacja i odmedykalizowanie tożsamości płciowej poprzez wprowadzenie terminu *niezgodność płciowa* i przegrupowanie jej z dotychczasowej kategorii zaburzeń osobowości i zachowania do nowo powstałej kategorii zdrowia seksualnego. ICD-11 używa również mniej opresyjnych i upodmiotowujących określeń,

* Adres do korespondencji: Magdalena Smaś-Myszczyzyn, e-mail: magdalenasmas@interia.pl.

np. usunęło kategorię „Zaburzenia psychiczne i behawioralne związane z rozwojem seksualnym i orientacją”, uznając ją za przestarzałą i nieistotną klinicznie, oraz wprowadziło istotne zmiany w zaburzeniach parafilnych, wykluczając z nich normatywne, ale atypowe zachowania seksualne jak fetyszizm, sadomasochizm, transwestytyzm fetyszystyczny, za to wprowadzając diagnozy ocieractwa oraz przymusowego sadyzmu seksualnego. W obszarze zaburzeń parafilnych stanowczo odróżnia się stany istotne dla zdrowia publicznego i znaczące klinicznie od tych, które jedynie odzwierciedlają prywatne atypowe zachowania seksualne. Ostatnia znacząca zmiana to wprowadzenie kategorii kompulsywnych zachowań seksualnych w grupie zaburzeń kontroli impulsów.

Wnioski

Światowa Organizacja Zdrowia wprowadziła daleko idące zmiany w obszarze rozumienia i diagnozy dysfunkcji seksualnych, łącząc jej składowe psychologiczne i fizjologiczne, tworząc model biopsychospołeczny zaburzeń seksualnych.

Słowa kluczowe: ICD-11, dysfunkcje seksualne, niezgodność płciowa, kompulsywne zachowania seksualne

WPROWADZENIE

Wstępna wersja 11 rewizji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-11) została opublikowana 18 czerwca 2018 roku, następnie 27 maja 2019 zatwierdzona przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia. Proces przejścia z ICD-10 na ICD-11 rozpoczął się 1 stycznia 2022 roku.

ICD jest stosowana w różnym zakresie przez 194 państwa członkowskie na całym świecie. Polska, która wykorzystuje starszą wersję klasyfikacji (ICD-10), rozpoczęła dopiero proces tłumaczenia i wdrażania ICD-11. Obecnie ICD-11 dostępna jest w językach angielskim, francuskim, hiszpańskim, arabskim i chińskim, a przygotowuje się kolejnych 20 wersji językowych, w tym wersję polską. Z nowej klasyfikacji korzysta 35 państw na świecie.

Za polską wersję ICD-11 odpowiada Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego i przewidziane są następujące etapy pracy nad klasyfikacją:

- Etap I – tłumaczenie klasyfikacji ICD-11 (marzec-sierpień 2022);
- Etap II – pierwsza weryfikacja tłumaczenia przez ekspertów dziedzinowych (wrzesień–listopad 2022);
- Etap III – weryfikacja oraz akceptacja tłumaczenia przez konsultantów krajowych (grudzień 2022 – luty 2023);
- Etap IV – warsztaty i szkolenia z zakresu ICD-11 (grudzień 2022 – czerwiec 2023).

Za stworzenie omawianych obszarów zdrowia seksualnego w ICD-11 odpowiadał Departament Zdrowia Psychicznego i Nadużywania Substancji WHO oraz Departament Zdrowia i Badań Reprodukcyjnych WHO.

Najważniejsze zmiany dotyczą:

- eliminacji dualizmu umysł–ciało w obszarze dysfunkcji seksualnych (*Sexual Dysfunction* – SD), ujednoczenie klasyfikacji SD i brak podziału na organiczne i nieorganiczne SD;

- klasyfikacji i nazewnictwa w obrębie zaburzeń parafilnych (*Paraphilic Disorders* – PD), w tym w znacznej mierze depatologizacji normatywnych praktyk seksualnych typu KINK i uznania różnorodności płciowej, związkowej i seksualnej (*Gender Sexual and Relationship Diversity* – GSRD) za normatywną;
- usunięcia kategorii zaburzeń identyfikacji płciowej i transwestytyzmu o typie podwójnej roli; transpłciowość zastąpiło pojęcie niezgodności płci umieszczone w nowej kategorii zdrowia seksualnego;
- usunięcia kategorii zaburzenia psychiczne i zachowania związane z rozwojem i orientacją seksualną;
- wprowadzenia nowej kategorii diagnostycznej: kompulsywnych zaburzeń seksualnych (*Compulsive Sexual Behaviour Disorder* – CSBD).

W ICD-10 liczba grup zaburzeń była ograniczona przez system kodowania dziesiętnego stosowany w klasyfikacji, tak że możliwe było stworzenie maksymalnie dziesięciu głównych grup zaburzeń w obrębie działu. W rezultacie stworzono grupy diagnostyczne, które nie były oparte na użyteczności klinicznej ani dowodach naukowych (np. zaburzenia lękowe zostały włączone do grupy zaburzeń nerwicowych, stresowych i somatycznych). Zastosowanie przez ICD-11 elastycznej alfanumerycznej struktury kodowania pozwala na znacznie większą liczbę grup, umożliwiając tworzenie grup diagnostycznych ściśle opartych na dowodach naukowych i potrzebach praktyki klinicznej. Zasady przewodnie organizacji ICD-11 próbują uporządkować grupy diagnostyczne z perspektywy rozwojowej (np. zaburzenia neurorozwojowe są na pierwszym miejscu, a neuropoznawcze na ostatnim) oraz na bazie przypuszczalnych wspólnych czynników etiologicznych i patofizjologicznych (np. zaburzenia specyficznie związane ze stresem) oraz wspólnej fenomenologii (np. zaburzenia dysocjacyjne).

OPIS KLINICZNY I WYTYCZNE DIAGNOSTYCZNE (CLINICAL DESCRIPTIONS AND DIAGNOSTIC GUIDELINES – CDDG) W ICD-11

ICD-11 charakteryzuje przejście w kierunku klasyfikacji wielowymiarowej (zamiast ściśle kategoryjnej) oraz płynnej/zmiennej w czasie. Ponadto ważnym elementem zmiany nowej klasyfikacji jest wprowadzenie opisów klinicznych i wytycznych diagnostycznych (*Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines* – CDDG) dotyczących zaburzeń psychicznych, behawioralnych i neurorozwojowych zawierających szczegółowe wytyczne do zastosowania klinicznego przez specjalistów na całym świecie. Szczególnie ważną cechą CDDG jest podejście do opisywania kluczowych cech każdego zaburzenia, reprezentujących objawy lub cechy, których klinicysta mógłby się spodziewać we wszystkich przypadkach danego zaburzenia. Listy cech kluczowych w wytycznych na pierwszy rzut oka mogą przypominać kryteria diagnostyczne, jednak ICD-11 unika arbitralnych wartości granicznych i precyzyjnych wymagań związanych z liczbą objawów i czasem ich trwania, chyba że zostały one ustalone empirycznie w różnych krajach i kulturach lub istnieje inny ważny powód, aby je uwzględnić.

CDDG zawiera osiem kategorii:

- 1) kluczowe (wymagane) cechy, np. czynniki czasowe, czy SD trwa całe życie, tj. osoba doświadczała dysfunkcji zawsze od momentu rozpoczęcia danej aktywności seksualnej, czy też jest nabyta, tj. początek dysfunkcji seksualnej nastąpił po okresie, w którym osoba tego nie doświadczała;
- 2) cechy kliniczne dodatkowe, np. czynniki służące do wskazania, czy dysfunkcja jest uogólniona, czy sytuacyjna, np. zaburzenie pożądania jest tylko w relacji ze stałą partnerką, stałym partnerem, ale nieobecne lub zmniejszone podczas oglądania treści pornograficznych i masturbacji;
- 3) granica z normalnością (próg), np. czynniki związane z brakiem wiedzy na temat własnego ciała, funkcji seksualnych i reakcji seksualnych itp.;
- 4) funkcje kursu, np. czynniki psychologiczne lub behawioralne, tj. negatywne nastawienie do aktywności seksualnej, niekorzystne doświadczenia seksualne z przeszłości, zła higiena snu, przepracowanie, czynniki związane, np. konflikt w związku, brak przywiązania;
- 5) prezentacje rozwojowe, np. czynniki etiologiczne związane z chorobą lub zaburzeniem, np. cukrzyca, zaburzenia depresyjne, niedoczynność tarczycy, stwardnienie rozsiane;
- 6) czynniki związane z kulturą, np. kulturowe zahamowania dotyczące wyrażania przyjemności seksualnej, religijne przekonanie, że nie można czuć pożądania, nie będąc w związku małżeńskim itp.;
- 7) cechy związane z płcią, np. różnice między cyklem reakcji seksualnej u kobiet i mężczyzn;
- 8) granica z innymi warunkami (diagnoza mechanizmów różnicowych), np. SD występują w połączeniu z lekiem lub substancją (np. SSRI, alkohol, amfetamina).

Instrumenty diagnostyczne w ICD-11

WHO wprowadza cztery instrumenty diagnostyczne oparte na ICD-11: trzecią wersję Harmonogramów oceny klinicznej w neuropsychiatrii (*Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* – SCAN); Złożony międzynarodowy wywiad diagnostyczny (*Composite International Diagnostic Interview* – CIDI); Ustrukturyzowany wywiad kliniczny dla ICD-11 (*The Structured Clinical Interview for ICD-11* – SCII-11) oraz FLII-11 (obecnie w trakcie opracowywania) – krótszy wywiad z pytaniami tak/nie.

Eliminacja dualizmu umysł–ciało w obszarze dysfunkcji seksualnych

Klasyfikacja dysfunkcji seksualnych ICD-10 (F52) opierała się na kartezjańskim oddzieleniu stanów „organicznych” i „nieorganicznych”. ICD-10 mocno podkreślała dychotomię dysfunkcji seksualnych, dzieląc je na organiczne i nieorganiczne. „Nieorganiczne” dysfunkcje seksualne zawarte były w rozdziale o zaburzeniach psychicznych i zaburzeniach behawioralnych, natomiast „organiczne” w większości

wymieniono w rozdziale dotyczącym chorób układu moczowo-płciowego. Jednak od czasu publikacji ICD-10 w 1990 roku zgromadzono istotne dowody wskazujące, że powstawanie i utrzymanie dysfunkcji seksualnych często wiąże się z interakcją czynników fizycznych i psychologicznych. ICD-11 zintegrowała podział na *soma* i *psyche*, tworząc rozdział dotyczący stanów związanych ze zdrowiem seksualnym, który zawiera ujednoliconą klasyfikację dysfunkcji seksualnych i zaburzeń związanych z bólem seksualnym, a także zmiany w męskiej i żeńskiej anatomii.

Jednym z kluczowych założeń ICD-11 jest definicja odpowiedzi seksualnej, którą opisuje się jako interakcja czynników psychologicznych, interpersonalnych, społecznych, kulturowych, fizjologicznych i związanych z płcią. Podłożem SD (*sexual dysfunction* – dysfunkcje seksualne) może być każdy z nich oddzielnie lub określona kompilacja kilku z nich lub wszystkich jednocześnie. SD obejmuje wszystkie poziomy, na których ludzie mogą mieć trudności z przeżywaniem satysfakcjonujących zachowań seksualnych, mogą one dotyczyć dysfunkcji w przeżywaniu, uzyskaniu lub utrzymaniu: pobudzenia i pożądania seksualnego, dysfunkcji orgazmu, dysfunkcji wytrysku oraz innych określonych dysfunkcji seksualnych. Odrębną kategorią SD są zaburzenia związane z bólem seksualnym. ICD-11 stara się podkreślać podobieństwa w dysfunkcjach doświadczanych na poziomie binarnym przez kobiety i mężczyzn jednocześnie, nie lekceważąc różnic płciowych związanych z różnymi objawami klinicznymi, np. dysfunkcje podniecenia seksualnego u kobiet mogą objawiać się poprzez zaburzenia lubrykacji, natomiast u mężczyzn zaburzeniami erekcji, ale już zaburzenia pożądania niezależnie od płci będą objawiały się podobnie, m.in. osłabieniem lub brakiem fantazji seksualnych, brakiem dążenia do aktywności seksualnej z partnerem/partnerką, osłabieniem lub zanikiem aktywności masturbacyjnej z jednoczesnym obniżeniem nastroju z tego powodu i odczuwaniem jako dystresu. W podejściu do SD w ICD-11 większą rolę niż dotychczas przypisuje się wspólnym, niezależnie od płci przypisanej/samookreślonej, ścieżkom aktywacji i dezaktywacji układu nerwowego, aktywności neuroprzekazników, neuroplastyczności, modulowaniu i wzmacnianiu SD poprzez zachowania i doświadczenia w przebiegu życia.

Kryteria diagnostyczne SD to:

- 1) utrzymywanie się lub nawracanie objawu/objawów przez okres co najmniej kilku miesięcy, ale jeśli wystąpiła bezpośrednia przyczyna objawu, np. zaburzenia erekcji wywołane uszkodzeniem rdzenia kręgowego, wówczas nie stosuje się kryterium czasowego;
- 2) objaw/objawy występują często, chociaż mogą mieć zmienne nasilenie;
- 3) występowanie objawu/objawów wiąże się z klinicznie istotnym dystresem.

Zmiany w obszarze SD obejmują również nową klasyfikację bólu seksualnego. ICD-11 daje możliwość identyfikacji określonych typów zespołów bólowych bez wykluczania tych, w których inny stan chorobowy jest uważany za przyczynę.

Zaburzenia parafilne

Szczególnie istotne w ICD-11 jest podejście i rozumienie „normatywności” zachowań seksualnych. Rewizja ta podkreśla, że nie ma normatywnego standardu aktywności seksualnej, a to, co jest zadawalające bądź niezadawalające, definiuje

się z punktu widzenia jednostki i tego, co dla niej jest satysfakcjonujące, niezależnie od tego, czy jej wzorzec przeżyć, sposób czy forma aktywności seksualnej jest satysfakcjonująca dla innych ludzi, lub tego, co w danej kulturze uważa się za normatywne. Jedynym kryterium koniecznym jest konsensualność i świadoma zgoda wszystkich osób biorących udział w tej aktywności.

Zaburzenia parafilne (*Paraphilic Disorders* – PD) w ICD-11 zastępują grupę zaburzeń preferencji seksualnych w ICD-10. Kluczowy element, wokół którego oscyluje ta diagnoza, to osiąganie podniecenia seksualnego, któremu towarzyszy brak świadomej zgody osób (bądź obiektów) w nim uczestniczących. PD w odróżnieniu od pozostałych trudności seksualnych nie zostały włączone do kategorii „warunków związanych ze zdrowiem seksualnym”, tylko nadal pozostały w kategorii „zaburzenia psychiczne, zaburzenia zachowania i zaburzenia neurorozwojowe”. Decyzja ta podyktowana została tym, że:

- zachowania seksualne z udziałem osób, które nie wyrażają na to zgody, mogą występować w kontekście niektórych zaburzeń psychicznych i behawioralnych, takich jak epizody maniakalne lub zaburzenia otępienne, lub w kontekście zatrucia substancjami – nie spełniając kryteriów diagnostycznych zaburzenia parafilnego;
- diagnoza i leczenie zaburzeń parafilnych często ma związek z postępowaniem sądowym, gdyż w wielu krajach PD są zachowaniami przestępczymi, karanymi przez prawo, ponadto wymagają one specjalistycznej wiedzy z zakresu zdrowia psychicznego, szczególnie psychologii, psychiatrii, seksuologii, endokrynologii i prawa, oraz bywają związane ze stosowaniem kontrowersyjnej farmakoterapii (np. leczenie antyandrogenowe), kiedy wybiera się tzw. politykę mniejszego zła i ochronę potencjalnych ofiar. Znaczenie miało również ustawodawstwo niektórych krajów, w tym Polski, pozwalające w systemie prewencyjnym na przymusowe przetrzymywanie tych osób, np. w przypadku Polski w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym, po odbyciu obowiązkowej kary pozbawienia wolności, w celu postępowania terapeutycznego i zminimalizowania ryzyka dla społeczności, w której osoby te miałyby przebywać. W sytuacji tej prawo konstytucyjne danych krajów oraz prawa człowieka nie pozwalają, aby zagrożenie niebezpieczeństwem stanowiło wystarczającą podstawę do dalszego pozbawiania wolności osób, które karę już odbyły, ale pozwala na to obecność zaburzenia psychicznego, powodującego, że osoba nie jest w stanie kontrolować swoich niebezpiecznych zachowań. W dużej mierze to właśnie względy prawne zadecydowały o pozostawieniu PD w tej kategorii.

Zaburzenia parafilne w ICD-11 obejmują:

- a) zaburzenia ekshibicjonistyczne;
- b) zaburzenia oglądactwa (voyeryzm);
- c) zaburzenia pedofilne;
- d) zaburzenia ocieractwa (frotteuryzm – dodatkowo wydzielona kategoria diagnostyczna, wcześniej była w grupie tzw. innych parafilii);
- e) zespół przymusowego sadyzmu seksualnego (jest to nowa kategoria diagnostyczna)
- f) oraz inne zaburzenia parafilne.

Nowością ICD-11 jest wyłączenie fetysyzmu, fetysyzmu transwestytycznego i sadomasochizmu z kategorii zaburzeń oraz depatologizacja tych zachowań seksualnych. W środowisku nastawionym na sekspozytywność już dawno postulowano o traktowanie tego typu zachowań seksualnych jako KINK i włączano je w normatywną grupę różnorodności płciowej, związkowej i seksualnej (*Gender Sexual and Relationship Diversity – GSRD*).

Parafilie niebędące PD, np. masochizm seksualny, zachowania fetyszystyczne czy zachowania transwestytywne w ICD-11 mogą być diagnozowane w ramach tzw. innych zaburzeń parafilnych, nawet jeśli odbywają się w samotności lub za zgodą osób w nich uczestniczących tylko wtedy, gdy są związane ze znacznym cierpieniem lub znacznym ryzykiem obrażeń lub śmierci (np. afiksjoilia) lub są powiązane z istotnym stresem osoby w nie zaangażowanej (jednak stres ten nie może wynikać z konsekwencji odrzucenia przez innych lub obawy przed odrzuceniem przez osobę partnerską ze względu na stosowany wzorzec pobudzenia seksualnego).

WHO argumentując tę zmianę, zauważyło nie tylko przeobrażenia kulturowe i społeczne w tym zakresie, lecz także zwróciło uwagę na istotne rozróżnienie między stanami, które są istotne dla zdrowia publicznego i wskazują na potrzebę świadczeń zdrowotnych, a tymi, które są po prostu prywatnymi zachowaniami zdrowych ludzi i pozostającymi bez wpływu na zdrowie publiczne, a których leczenie nie jest ani wskazane, ani poszukiwane. Grupa Robocza ds. Zaburzeń Seksualnych i Zdrowia Seksualnego pracująca nad tą kategorią słusznie zwraca uwagę, że normy moralne, religijne i kulturowe w różnych społeczeństwach nie są i nie mogą być przedmiotem zainteresowania zdrowia publicznego lub klasyfikacji zdrowotnej.

Znaczący był również fakt, że ICD-10 w tej kategorii opisywało jedynie zachowania seksualne, np. „fetysyzm to użycie nieosobowych (najczęściej nieożywionych) obiektów (z obecnością lub bez partnera osobowego)”, bez użycia kryterium cierpienia lub upośledzenia funkcjonowania, bez odniesienia do zdrowia publicznego. Warto też zaznaczyć, że zachowania te nie miały żadnego znaczenia klinicznego. W związku z tym specyficzne wzorce podniecenia seksualnego, nawet jeśli są nietypowe dla danego społeczeństwa czy kultury, ale nie wiążą się z cierpieniem, dysfunkcją lub nie wyrządzają krzywdy jednostce bądź innym osobom, nie mogą być traktowane ani diagnozowane jako zaburzenia psychiczne.

Podstawowe kryteria diagnostyczne dla zaburzenia parafilnego to:

- 1) utrzymujący się, skoncentrowany i intensywny wzorzec podniecenia seksualnego – przejawiający się uporczywymi myślami, fantazjami, pragnieniami lub zachowaniami seksualnymi – który obejmuje osoby, niewyrażające na to zgody lub ich wiek lub status nie pozwala na wyrażenie takiej zgody w sposób świadomy (np. dzieci przed okresem dojrzewania, osoby z niepełnosprawnością intelektualną, osoby niepodejrzewające takich zachowań np. osoba oglądana przez okno, zwierzę itp.);
- 2) osoba działała zgodnie z tymi myślami, fantazjami lub popędami lub jest przez nie wyraźnie przygnębiona.

ICD-11 rezygnuje z wymogu czasu trwania PD, którego znaczenia nie potwierdziły badania. W diagnostyce dużo większe znaczenie ma trwałość wzorca

pobudzenia, jego intensywność niż czas trwania. Bardzo istotne jest to, że pojedynczy przypadek zachowania parafilnego nie wystarcza do postawienia diagnozy PD.

ICD-11 wprowadza jeszcze jedną bardzo ważną zmianę w nie tylko w kontekście PD, lecz także innych zaburzeń psychicznych, mianowicie upośledzenie funkcjonalne nie jest już wymaganym kryterium diagnostycznym i powinno być ono stosowane jedynie wtedy, gdy to konieczne do odróżnienia zaburzenia od normalności.

Warto również zwrócić uwagę, że w wytycznych diagnostycznych ICD-11 nie ma wymogu, aby odpowiedni wzorzec pobudzenia był wyłączny lub preferencyjny.

W związku z powszechnym wśród przestępców seksualnych wzorcem pobudzenia seksualnego i w celu wyraźnego odróżnienia od normalnych zachowań sadomasochistycznych, niepociągających za sobą znacznej szkody ani ryzyka, stworzono nową kategorią diagnostyczną w tym obszarze – zaburzenie przymusowego sadyzmu seksualnego. Definiuje się je jako utrzymujący się, stały i intensywny wzorzec podniecenia seksualnego, który obejmuje zadawanie cierpienia fizycznego lub psychicznego osobie, która nie wyraża na to zgody.

Dodatkowo z grupy innych zaburzeń parafilnych wyodrębniono zaburzenia frotteurystyczne, które są definiowane jako trwałe, powtarzający się i intensywny wzorzec podniecenia seksualnego, obejmujący dotykanie lub ocieranie się o osobę, która nie wyraża na to zgody, najczęściej w miejscach publicznych. Motywacją do wyodrębnienia tego wzorca było to, że stanowi on poważny problem w niektórych krajach oraz jego rozpowszechnienie jest wysokie.

ICD-11 proponuje również stosowanie kategorii „inne zaburzenie parafilne”, która obejmuje zachowania wobec osób/obiektów, które nie wyrażają na nie zgody, lub jej wyrazić nie mogą, ale określony wzorzec podniecenia seksualnego nie pasuje do żadnej z dostępnych kategorii lub nie jest dostatecznie powszechny, lub dobrze zbadany (np. wzorce pobudzenia obejmujące osoby zmarłe lub zwierzęta).

Niezgodność płci

Zaburzenia identyfikacji płciowej obecne w ICD-10 zostały usunięte i wprowadzono nowe pojęcie *niezgodność płci* w ICD-11. Jest to posunięcie się o jeszcze krok dalej, niż wprowadza to DSM-V, posługując się terminem *dysforii płciowej*, pojęcie *dysforii* zakłada cierpienie bądź upośledzenie w codziennym funkcjonowaniu jako kryterium konieczne do postawienia diagnozy, a nie wszystkie osoby transpłciowe odczuwają cierpienie lub upośledzenie w codziennym funkcjonowaniu. Niezgodność płci jest zatem terminem neutralnym, zakładającym niezgodność płci nadanej przy urodzeniu z płcią odczuwaną niezależnie od odczuwanego cierpienia bądź jego braku. Dlatego też niezgodność płci została przeniesiona z rozdziału o zaburzeniach psychicznych do nowego rozdziału dotyczącego zdrowia seksualnego, co oznacza, że transpłciowość nie jest już uważana za zaburzenia psychiczne i nie może być tak traktowana. Niezgodność płci nie została całkowicie wyeliminowana z ICD-11, ponieważ w wielu krajach dostęp do świadczeń zdrowotnych zależy od diagnozy kwalifikującej, np. dostępu do hormonoterapii, zabiegów mastektomii,

plastyki członka, plastyki pochwy itp. Należy pamiętać, że wytyczne wyraźnie i jednoznacznie stwierdzają, że samookreślenie i zachowania związane z płcią nie są wystarczające do postawienia diagnozy niezgodności płci.

W ostatnim czasie wiele organizacji społeczeństwa obywatelskiego, rządy krajów członkowskich WHO, a także Parlament Unii Europejskiej wzywały WHO do usunięcia kategorii związanych z tożsamością transpłciową z klasyfikacji chorób i zaburzeń. Jednym z najważniejszych powodów tych wezwań było zaprzestanie stygmatyzacji osób transpłciowych. Niestety, stygmatyzacja nie była wystarczającym powodem, aby usunąć transpłciowość z listy zaburzeń psychicznych, pomimo tego, iż liczne badania wskazywały, że istnieje silny związek między stygmatyzacją tej grupy a jej stanem zdrowia psychicznego, co pozwalało stawiać pytania o to, w jakim stopniu konceptualizacja tożsamości transpłciowej jako zaburzenia psychicznego wspiera konstytucyjny cel WHO, jakim jest identyfikacja osób potrzebujących opieki w zakresie zdrowia psychicznego oraz wybór odpowiednich metod i sposobów terapii. Status osób transpłciowych w ICD-10 przyczynił się do pogorszenia ich stanu zdrowia psychicznego, wątpliwości prawnych co do ich statusu w procesie korekty, nieprawidłowych procedur diagnostycznych, terapeutycznych i farmakologicznych oraz łamania praw człowieka, np. obowiązujący do niedawna w Polsce tzw. test realnego życia niezbędny w procesie korekty i opiniowania.

Dlatego Grupa Robocza ds. Zaburzeń Seksualnych i Zdrowia Seksualnego zaleciła zachowanie diagnoz niezgodności płci w ICD-11 w celu zachowania dostępu do usług zdrowotnych, ale usunięcie tych kategorii z rozdziału dotyczącego zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania.

Kryteria diagnostyczne dla niezgodności płci w okresie dojrzewania i dorosłości obejmują ciągłą obecność przez okres co najmniej kilku miesięcy co najmniej dwóch z następujących objawów:

- 1) silna niechęć lub dyskomfort wywołany obecnością pierwszo- lub drugorzędowych cech płciowych ze względu na ich niezgodność z płcią doświadczaną;
- 2) silne pragnienie pozbycia się niektórych lub wszystkich pierwszo- lub drugorzędowych cech płciowych (lub, w okresie dojrzewania, chęć niedopuszczenia do rozwoju przewidywanej drugorzędowej cechy płciowej);
- 3) silne pragnienie posiadania pierwszorzędowych lub drugorzędnych cech płci doświadczanej/preferowanej;
- 4) silne pragnienie bycia traktowanym, życia i bycia akceptowanym jako osoba doświadczanej płci.

Ponadto diagnozy niezgodności płci nie można postawić przed początkiem okresu dojrzewania. Inną bardzo istotną zmianą ICD-11 w tym obszarze jest zmiana opresyjnego dla osób transpłciowych słownictwa oraz zaprzestanie używania terminów takich jak *płeć przeciwna*, *płeć anatomiczna* i uznanie podziału płci na kontinuum binarność za niewystarczający i wprowadzenie terminów takich jak *płeć doświadczona* i *płeć przypisana*. ICD-11 nie zakłada również, że wszystkie osoby transpłciowe poszukują lub pragną usług związanych procesem tranzycji.

Kryteria diagnostyczne ICD-11 dotyczące niezgodności płci w dzieciństwie są bardziej rygorystyczne, aby w jak największym stopniu uniknąć diagnozy dzieci,

których płęć jest płynna ze względów rozwojowych. Muszą być obecne wszystkie trzy z następujących kryteriów jednocześnie, aby diagnozować niezgodność płci u dzieci:

- 1) silne pragnienie lub twierdzenie, że dziecko doświadcza alternatywnej płci;
- 2) silna niechęć do własnej anatomii seksualnej dziecka lub przewidywanych drugorzędowych cech płciowych lub silne pragnienie posiadania anatomii seksualnej lub przewidywanych drugorzędnych cech płciowych pożądanej płci;
- 3) tworzenie pozorów lub fantazji w zabawach lub grach czy zabawkach typowych dla doświadczanej płci, a nie płci przypisanej.

Cechy te muszą być obecne u dziecka przed okresem dojrzewania przez co najmniej dwa lata, co oznacza, że diagnozy nie można postawić przed ukończeniem około 5 roku życia.

Rozpoznanie transwestytyzmu o typie podwójnej roli zostało usunięte z ICD-11 ze względu na brak znaczenia dla zdrowia publicznego i znaczenia klinicznego.

Zaburzenia psychiczne i zachowania związane z rozwojem i orientacją seksualną

Kategoria ta została całkowicie usunięta. Grupa Robocza uznała, że kategoria zaburzeń związanych z rozwojem i orientacją seksualną łączy normatywne wzorce rozwojowe obserwowane u osób nieheteronormatywnych z procesami psychopatologicznymi, co nie może występować w dzisiejszym społeczeństwie. Koncepcja homoseksualności egodystonicznej była częścią kompromisu uznającego, że homoseksualność nie jest zaburzeniem, ale nadal może stanowić podstawę diagnozy psychiatrycznej wtedy, gdy osoba z tego powodu odczuwa cierpienie. Dziś wiemy, że osoby nieheteronormatywne częściej niż heteronormatywne zgłaszają wyższy poziom cierpienia, ale jest to silnie powiązane z doświadczeniami społecznego odrzucenia, stygmatyzacji i wynikającym z tego doświadczanym stresem mniejszościowym. Cierpienie związane z odbiorem społecznym danej osoby nie może być wskaźnikiem zaburzenia psychicznego jednostki, gdyż jednostka nie może odpowiadać za chorą część społeczeństwa (chorą w tym kontekście, że homofobia jest rodzajem zaburzenia).

Dotyczy to także kategorii trudności w związkach intymnych osób nieheteronormatywnych, dlatego została ona usunięta z ICD-11. Trudności w związkach są powszechne, występują z wielu powodów i nie mają nic wspólnego z tożsamością psychoseksualną. Osoby nieheteronormatywne korzystają ze świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego z tych samych powodów co osoby heteroseksualne, dlatego utrzymanie tej kategorii było bezzasadne.

Kompulsywne zaburzenia seksualne (*Compulsive Sexual Behaviour Disorder* – CSBD)

W związku z pojawieniem się tej kategorii oraz odejściem od dualizmu w SD usunięto kategorię nadmiernego popędu seksualnego w ICD-10, wprowadzając kategorię CSBD.

W praktyce klinicznej zarówno seksuologicznej, psychologicznej, jak i psychiatrycznej stosunkowo często spotykamy się z problemem dotyczącym utraty kontroli nad różnymi formami aktywności seksualnych (tj. nałogowe korzystanie z pornografii, kompulsywna masturbacja, ryzykowne kontakty seksualne z wieloma partnerami). Pomimo ciągłych poszukiwań nadal nie mamy pewności, jakie jest podłoże tych zaburzeń.

CSBD to różnorodny i budzący wiele kontrowersji fenomen kliniczny, którego obraz jest bardzo niespójny. Dziś z dużym prawdopodobieństwem można powiedzieć, że te same objawy kliniczne, podobne i zbliżone do siebie zachowania seksualne mają zróżnicowaną etiologię. Określenie podłoża, mechanizmów oraz funkcji CSBD jest konieczne do prawidłowego procesu leczenia i postępowania terapeutycznego (Smaś-Myszczyżyn, 2019)

Mimo coraz większej liczby prac naukowych dotyczących CSBD wciąż nie znamy odpowiedzi, jakie mechanizmy stoją za utratą kontroli nad zachowaniami seksualnymi. Przeglądając dostępną literaturę, można znaleźć następujące określenia: nałóg seksualny, uzależnienie do seksu, hiperseksualność, kompulsywne zaburzenia seksualne, zaburzenia o charakterze parafilii, impulsywność seksualna, nimfomania i satyriasis, utrata kontroli nad zachowaniami seksualnymi lub kompulsywne zachowania seksualne. Wydaje się, iż kompromis w zakresie nazewnictwa odzwierciedlają kryteria ICD-11 i wprowadzenie kategorii „zaburzenia kompulsywnych zachowań seksualnych”.

Cały czas brakuje dużych badań epidemiologicznych szacujących częstotliwość występowania CSBD. Dostępne badania mówią, że 3–6% populacji cierpi z powodu CSBD. Badania prowadzone przez zespół Granta w 2005 roku wśród pacjentów psychiatrycznych nad rozpowszechnieniem różnego rodzaju zaburzeń impulsywnych wskazuje na rozpowszechnienie CSBD w tej grupie na poziomie 4,4%. Osoby poszukujące leczenia z powodu CSBD to w większości mężczyźni, u których utrata kontroli nad zachowaniami seksualnymi rozpoczęła się w dzieciństwie lub późnym okresie dojrzewania (Smaś-Myszczyżyn, 2019).

Jako główne czynniki konstytuujące to zaburzenie wymienia się: zaburzenia o charakterze impulsywności, kompulsywności, zaburzenie stylu przywiązania oraz uzależnienie.

Na poziomie neurobiologicznym w CSBD mamy do czynienia z trzema mechanizmami regulacji ośrodkowej prowadzącymi do kompulsywnych zaburzeń seksualnych:

- a) zwiększenie reaktywności układu nagrody;
- b) zwiększenie reaktywności na bodźce lękowe;
- c) osłabione mechanizmy hamowania.

Kryteria diagnostyczne w CSBD obejmują:

- 1) uporczywy wzorec niepowodzenia w kontrolowaniu intensywnych, powtarzających się impulsów seksualnych lub popędów powodujących brak kontroli powtarzalnych zachowań seksualnych, przejawiający się w co najmniej jednym z następujących elementów:
 - a) Zaangażowanie w powtarzające się czynności seksualne stało się centralnym punktem życia danej osoby, powodując zaniedbania w obszarze

- zdrowotnym i osobistym i/lub zaniedbania innych zainteresowań, czynności lub obowiązków.
- b) Osoba dokonała wielu nieudanych prób kontrolowania lub znacznego ograniczenia zachowań seksualnych.
 - c) Osoba nadal angażuje się w powtarzające się zachowania seksualne pomimo negatywnych konsekwencji (np. powtarzające się przerwanie relacji, konsekwencje zawodowe, negatywny wpływ na zdrowie).
 - d) Osoba nadal angażuje się w powtarzające się zachowania seksualne, nawet jeśli czerpie z niej niewiele lub nie czerpie z niej żadnej satysfakcji.
- 2) wzorzec niepowodzenia w kontrolowaniu intensywnych, seksualnych impulsów lub popędów i wynikający z nich brak kontroli powtarzalnych zachowań seksualnych jest oczywisty i trwa przez dłuższy czas;
 - 3) wzorzec powtarzających się zachowań seksualnych powoduje znaczny dystres lub znaczące upośledzenie w zakresie osobistych, rodzinnych, społecznych, edukacyjnych, zawodowych lub innych ważnych obszarów funkcjonowania.

Pomimo braku konsensusu co do podłoża tego zaburzenia jego włączenie do ICD-11, do grupy zaburzeń kontroli impulsów miało na celu zaspokoić potrzeby pacjentów poszukujących leczenia, a także zmniejszyć odczuwanie wstydu i poczucia winy związanych z szukaniem pomocy wśród osób doświadczających cierpienia z tego powodu.

Najczęstszą przyczyną CSBD (Smaś-Myszczyszyn, 2022b) są:

- 1) zaburzenia o charakterze zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych u pacjentów masturbujących się i kompulsywnie oglądających pornografię;
- 2) zaburzenia więzi u pacjentów mających przygodne kontakty seksualne;
- 3) jednocześnie zaburzenia kontroli impulsów u pacjentów kompulsywnie masturbujących się i mających przygodne kontakty seksualne.

PODSUMOWANIE

ICD-11 wprowadza rozdział dotyczący czynników wpływających na stan zdrowia i powodujących kontakt ze służbą zdrowia, ale niezwiązanych z chorobą. Czynniki te są przyczyną spotkań klinicznych, terapeutycznych, seksuologicznych i obejmują:

- 1) poradnictwo związane z edukacją seksualną i postawami seksualnymi;
- 2) poradnictwo związane z zachowaniami seksualnymi i relacjami seksualnymi osoby pacjenckiej;
- 3) poradnictwo związane z zachowaniami seksualnymi i relacjami seksualnymi pary.

Kategorie te uwzględniają potrzebę świadczeń zdrowotnych, w tym usług w zakresie zdrowia psychicznego i seksualnego, które mogą być świadczone w przypadku braku dających się zdiagnozować zaburzeń. Kategoria ta jest jednym z działań mających depatologizować i odmedykalizować zdrowie seksualne i tożsamość płciową w procesie terapeutycznym.

Tabela 1

Tabularyczne zestawienie zmian w ICD-11 w porównaniu z ICD-10 w obszarze zdrowia seksualnego i tożsamości płciowej

| Dział w ICD-11 | Grupa w ICD-11 | Rozpoznanie w ICD-11 | Kod ICD-11 | Dział w ICD-10 | Grupa w ICD-10 | Rozpoznanie w ICD-10 | Kod ICD-10 |
|-----------------------------|----------------------|---|------------|---|---|---|----------------|
| Warunki zdrowia seksualnego | dysfunkcje seksualne | hipoaktywne zaburzenia popędu seksualnego | HA00 | zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania | dysfunkcje seksualne nie spowodowane zmianami organicznymi ani chorobą somatyczną | brak lub utrata potrzeb seksualnego | F52.0 |
| jw. | jw. | pozycja usunięta | | | | awersja seksualna | F52.1 |
| jw. | jw. | zaburzenia popędu seksualnego u kobiet | HA01.0 | jw. | dysfunkcje seksualne nie spowodowane zmianami organicznymi ani chorobą somatyczną | brak reakcji genitalnej; brak pobudzenia seksualnego | F52.2 |
| jw. | jw. | zaburzenie erekcji | HA01.1 | jw. + choroby układu moczowo-płciowego | dysfunkcje seksualne nie spowodowane zmianami organicznymi ani chorobą somatyczną; choroby układu moczowo-płciowego | brak reakcji genitalnej; zaburzenia erekcji; impotencja psychogenna i impotencja pochodzenia organicznego | F52.2 N48.4 |
| jw. | jw. | zaburzenia orgazmu | HA02 | jw. | dysfunkcje seksualne nie spowodowane zmianami organicznymi ani chorobą somatyczną | zaburzenia orgazmu; zahamowania orgazmu; anorgazmia psychogenna | F52.3 |
| jw. | jw. | wytrysk wczesny | HA03.0 | jw. | jw. | wytrysk przedwczesny | F52.4 |

ciąg dalszy Tabeli 1

| Dział w ICD-11 | Grupa w ICD-11 | Rozpoznanie w ICD-11 | Kod ICD-11 | Dział w ICD-10 | Grupa w ICD-10 | Rozpoznanie w ICD-10 | Kod ICD-10 |
|----------------|-----------------------------|--|------------|--|---|--|---|
| jw. | jw. | opóźniony wytrysk | HA03.1 | jw. | jw. | zaburzenia orgazmu | F52.3 |
| jw. | jw. | inne określone dysfunkcje seksualne | HA0Y | jw. + choroby układu moczowo-płciowego | dysfunkcje seksualne nie spowodowane zmianami organicznymi ani chorobą somatyczną; choroby układu moczowo-płciowego | inne dysfunkcje seksualne bez przyczyn organicznych lub chorobowych; inne zaburzenia prącia; inne niezapalne schorzenia sromu i krocza; ból międzynieśnikowy | F52.8 N48.4 N90.9 N94.1 N94.2 |
| | | pozycja usunięta | | jw. | dysfunkcje seksualne nie spowodowane zmianami organicznymi ani chorobą somatyczną | nadmierny popęd seksualny | F52.7 |
| jw. | zaburzenia bólu seksualnego | zaburzenia bólu seksualnego podczas penetracji | HA20 | jw. | jw. | pochwica nieorganiczna; pochwica organiczna; dyspareunia nieorganiczna | F52.5 F52.6 |
| jw. | niezgodność płciowa | niezgodność płciowa w okresie dojrzewania i dorosłości | HA60 | jw. | zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych; podgrupa: zaburzenia identyfikacji płciowej | transseksualizm | F64.0 |

ciąg dalszy Tabeli 1

| Dział w ICD-11 | Grupa w ICD-11 | Rozpoznanie w ICD-11 | Kod ICD-11 | Dział w ICD-10 | Grupa w ICD-10 | Rozpoznanie w ICD-10 | Kod ICD-10 |
|---|----------------------|---|------------|----------------|--|--|------------|
| | | pozycja usunięta | | jw. | jw. | transwesty-tyzm o typie podwójnej roli | F64.1 |
| jw. | jw. | niezgodność płciowa w okresie dzieciństwa | HA61 | jw. | jw. | zaburzenia identyfikacji płciowej w dzieciństwie | F64.2 |
| | | pozycja usunięta | | jw. | jw. | inne zaburzenia identyfikacji płciowej | F64.8 |
| | | pozycja usunięta | | jw. | jw. | zaburzenia identyfikacji płciowej, nie określone | F64.9 |
| Zaburzenia psychiczne, zaburzenia zachowania i neurorozwojowe | zaburzenie parafilne | zaburzenia ekshibicyjne | 6D30 | jw. | zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych; podgrupa: zaburzenia preferencji seksualnych | ekshibicyjizm | F65.2 |
| jw. | jw. | zaburzenia oglądactwa | 6D31 | jw. | jw. | ogładactwo | F65.3 |
| jw. | jw. | zaburzenia pedofilne | 6D32 | jw. | jw. | pedofilia | F65.4 |
| jw. | jw. | przymusowy sadyzm seksualny | 6D33 | | | nie zawiera | |

ciąg dalszy Tabeli 1

| Dział w ICD-11 | Grupa w ICD-11 | Rozpoznanie w ICD-11 | Kod ICD-11 | Dział w ICD-10 | Grupa w ICD-10 | Rozpoznanie w ICD-10 | Kod ICD-10 |
|----------------|----------------|--|------------|----------------|----------------|---|------------|
| jw. | jw. | zaburzenia odcieractwa | 6D34 | | | nie zawiera | |
| | | pozycja usunięta | | jw. | jw. | sadomasochizm | F65.6 |
| | | pozycja usunięta | | jw. | jw. | fetyzizm | F65.0 |
| | | pozycja usunięta | | jw. | jw. | transwestytyzm fetyzystyczny | F65.1 |
| | | pozycja usunięta | | jw. | jw. | złożone zaburzenia preferencji seksualnej | F65.6 |
| jw. | jw. | inne zaburzenia parafilne odbywające się bez świadomej zgody | 6D35 | | | nie zawiera | |
| jw. | jw. | inne zaburzenia parafilne odbywające się w samotności lub za zgodą | 6D36 | | | nie zawiera | |
| | | pozycja usunięta | | jw. | jw. | inne zaburzenia preferencji seksualnej | F65.8 |
| | | pozycja usunięta | | jw. | jw. | zaburzenia preferencji seksualnych, nie określone | F65.9 |

ciąg dalszy Tabeli 1

| Dział w ICD-11 | Grupa w ICD-11 | Rozpoznanie w ICD-11 | Kod ICD-11 | Dział w ICD-10 | Grupa w ICD-10 | Rozpoznanie w ICD-10 | Kod ICD-10 |
|---|------------------------------|----------------------------------|------------|----------------|---|--|------------|
| | | pozycja usunięta | | jw. | zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych; Podgrupa: zaburzenia i zaburzenia zachowania związane z rozwojem i orientacją seksualną | zaburzenia dojrzewania seksualnego | F66.0 |
| | | pozycja usunięta | | jw. | jw. | orientacja seksualna niezgodna z ego (ego-dystoniczna) | F66.1 |
| | | pozycja usunięta | | jw. | jw. | zaburzenia związków seksualnych | F66.2 |
| | | pozycja usunięta | | jw. | jw. | inne zaburzenia wynikające z rozwoju psychoseksualnego | F66.8 |
| | | pozycja usunięta | | jw. | jw. | zaburzenia rozwoju psychoseksualnego, nie określone | F66.9 |
| Zaburzenia psychiczne, zaburzenia zachowania i neurorozwojowe | zaburzenia kontroli impulsów | kompulsywne zachowania seksualne | 6C72 | | | nie zawiera | |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Reed, Drescher i in. (2016); Reed, First i in. (2019); wytyczne ICD-11.

Na przełomie ostatniego dwudziestolecia nastąpiły duże zmiany społeczne, ogromny wzrost rozumienia naukowego i klinicznego w obszarze zdrowia seksualnego, znacząca depatologizacja normatywnych zachowań seksualnych, a także uznanie różnorodności płciowej i seksualnej. Postrzeganie seksualności w kategoriach binarnych, zero-jedynkowych i biało-czarnych nie sprawdza się w dzisiejszym społeczeństwie, przyczynia się do cierpienia wielu osób oraz łamie prawa człowieka. Konieczna jest inkluzja różnorodności i wprowadzona zmiana w tym obszarze w obrębie IDC-11 wydaje się podjęciem próby nadażania za zmieniającym się społeczeństwem i rzeczywistością. To, co gremialnie udało się ustalić, znalazło swoje odzwierciedlenie w ICD-11, która wyraźnie odbiega od opisów kategorii związanych z seksualnością i tożsamością płciową w ICD-10. Wchodząca w życie i praktykę kliniczną ICD-11 zdecydowanie szerzej i w bardziej zintegrowany sposób odnosi się do zdrowia seksualnego i tożsamości płciowej. Klasyfikacja ICD-10 była przestarzała, nie brała pod uwagę dzisiejszej wiedzy, była dychotomiczna, oddzielała *soma* od *psyche*, nie wykorzystywała najnowszych badań i doniesień naukowych, patologizowała normatywne stany i zachowania związane z seksualnością. ICD-11 przynajmniej część z tych obszarów zdaje się uwzględniać.

BIBLIOGRAFIA

- Clark, L. A., Cuthbert, B., Lewis-Fernandez, R., Narrow, W. E., Reed, G. M. (2017). Three Approaches to Understanding and Classifying Mental Disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC). *Psychological Science in the Public Interest*, 18(2), 72–145. DOI: 10.1177/1529100617727266.
- Cooper, R. V. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. London: Karnac.
- First, M. B., Reed, G. M., Hyman, S. E., Saxena, S. (2015). The development of the ICD-11 clinical descriptions and diagnostic guidelines for mental and behavioural disorders. *World Psychiatry*, 14(1), 82–90. DOI: 10.1002/wps.20189.
- Kraus, S. W., Krueger, R. B., Briken, P., First, M. B., Stein, D. J., Kaplan, M. S., ... Reed, G. M. (2018). Compulsive sexual behaviour disorder in the ICD-11. *World Psychiatry*, 17(1), 109–110. DOI: 10.1002/wps.20499.
- Krueger, R. F., Kotov, R., Watson, D., Forbes, M. F., Eaton, N. R., Ruggero, C. J., ... Zimmermann, J. (2018). Progress in achieving quantitative classification of psychopathology. *World Psychiatry*, 17(3), 282–293. DOI: 10.1002/wps.20566.
- Krueger, R. B., Reed, G. M., First, M. B., Marais, A., Kismodi, E., Briken, P. (2017). Proposals for paraphilic disorders in the International Classification of Diseases and Related Health Problems, Eleventh Revision (ICD-11). *Archives of Sexual Behavior*, 46, 1529–1545 DOI: 10.1007/s10508–017–0944–2.
- Reed, G. M., Drescher, J., Krueger, R. B., Atalla, E., Cochran, S. D., First, M. D., Cohen-Kettenis, P. T., Arango-de Montis, I., Parish, S. J., Cottler, S., Briken, P., Saxena, S. (2016). Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11:

- revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry*, 15(3), 205–221. DOI: 10.1002/wps.20354.
- Reed, G. M., First, M. B., Kogan, C. S., Hyman, S. E., Gureje, O., Gaebel, W., Maj, M., Stein, D. J., Maercker, A., Tyrer, P., Claudino, A., Garralda, E., Salvador-Carulla, L., Ray, R., Saunders, J. B., Dua T., Poznyak, V., Medina-Mora. M. E., Pike, K. M., ... Saxena, S. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*, 18(1), 3–19. DOI: 10.1002/wps.20611.
- Reed, G. M., Keeley, J. W., Rebello, T. J., First, M. B., Gureje, O., Ayuso-Mateos, J. L., Kanba, S., Khoury, B., Kogan, C. S., Krasnov, V., N., Maj, M., de Jesus Mari, J., Sharan, P., Stein, D. J., Zhao, M., Akiyama, T., Andrews, H. F., Asevedo, E., Cheour, M., ... Medina-Mora, M. E. (2018). Clinical utility of ICD-11 diagnostic guidelines for high-burden mental disorders: results from mental health settings in 13 countries. *World Psychiatry*, 17(3), 306–315. DOI: 10.1002/wps.20581.
- Reed, G. M., Sharan, P., Rebello, T. J., First, M. B., Gureje, O., Ayuso-Mateos, J. L., ... Medina-Mora, M. E. (2018). The ICD-11 developmental field study of reliability of diagnoses of high-burden mental disorders: results among adult patients in mental health settings of 13 countries. *World Psychiatry*, 17(2), 174–186. DOI: 10.1002/wps.20524.
- Smaś-Myszczyszyn, M. (2018). Zaburzenia hiperseksualne. W: Praca zbiorowa, *Seksualność w praktyce psychologicznej. Analiza przypadków w przełożeniu na skuteczne metody pracy terapeutycznej* (s. 107–116). Poznań: Forum Media Polska.
- Smaś-Myszczyszyn, M. (2019). Kompulsywne zaburzenia seksualne. W: M. Rawińska (red.), *Zaburzenia seksualne a psychoterapia poznawczo-behawioralna* (s. 85–102). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Smaś-Myszczyszyn, M. (2022a). Diagnoza kompulsywnych zachowań seksualnych. W: Z. Lew-Starowicz (red.), *Psychoseksuologia. Metody diagnostyczne i terapeutyczne* (s. 241–254). Sopot: GWP.
- Smaś-Myszczyszyn, M. (2022b). *Psychospołeczne uwarunkowania zaburzeń hiperseksualnych* [niepublikowany maszynopis]. IPiN. <https://ipin.edu.pl/>.
- Smaś-Myszczyszyn, M., Lew-Starowicz, M. (2022). *Kompulsywne zaburzenia seksualne a zaburzenia parafilne – analiza porównawcza* [niepublikowany maszynopis]. IPiN. <https://ipin.edu.pl/>.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2018). *ICD-11 for mortality and morbidity statistics (ICD-11 MMS)*. Pobrane z: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.
- World Health Organization. (2022). *17 – Conditions related to sexual health*. Pobrane z: <https://www.findacode.com/icd-11/chapter-17.html>.
- World Health Organization. *Classification of Diseases (ICD)*. Pobrane z: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>.