

# Следим за разработкой МКБ-11 в журнале «Всемирная психиатрия» и других изданиях

VALERIA DEL VECCHIO

Department of Psychiatry, University of Naples SUN, Naples, Italy (Италия)

Перевод: Алфимов П.В.  
Редактура: Курсаков А.А.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) разрабатывает 11-е издание Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-11). Публикация новой классификации запланирована на 2015 год. ВПА сотрудничает с ВОЗ в разработке главы о психических и поведенческих расстройствах.

Основополагающие принципы, используемые при разработке этой главы, определены Международной экспертной группой по пересмотру МКБ-10 и опубликованы в журнале «Всемирная психиатрия» в июне 2011 г. (1). В этом документе подчеркивается, что глава разрабатывается в сотрудничестве с заинтересованными сторонами, в том числе странами-членами ВОЗ, несколькими профессиональными группами, а также потребителями психиатрической помощи и членами их семей. Особое внимание в пересмотре главы уделяется культуральным аспектам диагностики. Пересмотр рассматривается как возможность улучшить клиническую применимость классификации, особенно в учреждениях первичной медицинской сети, а также в странах с низким и средним уровнем доходов (2, 3).

Классификация МКБ-11 будет основываться на описании прототипов различных психических расстройств, но не на операциональных диагностических критериях. Преимущества и возможные ограничения такого подхода были неоднократно обсуждены в ряде статей и комментариев в журнале «Всемирная психиатрия» (4-11). Основным аргументом в пользу этого подхода является то, что он соответствует спонтанному характеру клинического процесса, который не предполагает проверки у конкретного пациента наличия или отсутствия ряда симптомов, но скорее позволяет «примерить» клинические характеристики к одному из шаблонов психических рас-

стройств, которые врач подготовил и заучил в процессе обучения и клинической практики (12). Более того, в некоторых недавних исследованиях, посвященных различным классам психических расстройств (например, расстройствам личности, расстройствам приема пищи, тревожным и аффективным расстройствам) утверждается, что диагностическая система, основанная на уточненных прототипах, может быть так же надежна, как и система на основе операциональных критериев, но, в то же время, будет более удобной и клинически применимой (13,14).

Для разработки главы МКБ-11 о психических и поведенческих расстройствах ВОЗ назначила 11 рабочих и консультативных групп. Эти группы включают в себя несколько руководителей и специалистов ВПА (15,16). Некоторые из этих групп недавно опубликовали справочные документы и предварительные отчеты о своей деятельности.

Основные ожидаемые совпадения и расхождения между принятыми в МКБ-11 и DSM-5 подходами к классификации расстройств настроения были представлены в ряде работ в различных журналах (например, 17,18), а также в журнале «Всемирная психиатрия» (19). Из совпадений следует упомянуть включение «активации/энергичности» в качестве определяющего признака мании, а также признание того, что возникновение маниакального/гипоманиакального синдрома на фоне лечения антидепрессантами и его сохранение после окончания периода физиологического действия антидепрессанта позволяет установить диагноз «полноценного» маниакального/гипоманиакального эпизода. Кроме того, МКБ-11, так же как и DSM-5, позволит врачу регистрировать возникновение субсиндромальной тревоги у пациента с большим депрессивным эпизодом с помощью соответствующего спецификатора. Биполярное аффективное расстройство II типа, как ожидается, будет признано в качестве отдельной диагностической единицы в МКБ-11, в то время как в МКБ-10 оно просто упоминалось среди «других биполярных аффективных расстройств». Ожидаемые расхождения между МКБ-11 и DSM-5 включают различные подходы к описанию смешанных состояний и шизоаффективных

расстройств. Кроме того, в МКБ-11 предлагается исключить из критериев диагностики депрессивного эпизода (в отличие от DSM-5) понятие «нормальной реакции тяжелой утраты, соответствующей культуральным особенностям пациента» (20-26).

Основные ожидаемые совпадения и расхождения между МКБ-11 и DSM-5 в отношении классификации расстройств, связанных со стрессом, были представлены в недавнем номере «Всемирной психиатрии» (27). В МКБ-11 новая группа «расстройств, специфически связанных со стрессом» будет включать в себя расстройство адаптации (его описание подвергнется серьезной переработке, в частности симптомы станут более специфичными), посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) (его диагностика будет основываться на трех «ядерных» симптомах), а также «осложненное ПТСР» (новая категория, для которой характерны нарушение аффективного домена, самовосприятия и интерперсонального функционирования в дополнение к трем основным симптомам ПТСР). Острая реакция на стресс будет позиционироваться как нормальная реакция и, таким образом, классифицироваться в главе, соответствующей главе МКБ-10 «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения» (важно отметить, что «острое стрессовое расстройство» все еще включено в раздел DSM-5, посвященный расстройствам, связанным с травмами и стрессом).

Предложения по разделу МКБ-11, посвященному расстройствам приема пищи и кормления, также были обобщены в одном из недавних номеров «Всемирной психиатрии» (28). Эти предложения включают в себя расширение категории нервной анорексии за счет удаления обязательного критерия аменореи, расширения весового критерия (включение любого значительного дефицита массы тела), а также расширения когнитивного критерия (включение возрастных и культурально обусловленных репрезентаций). Кроме того, наиболее тяжелые случаи нервной анорексии с неблагоприятным прогнозом будут обозначаться квалификатором «с опасно низкой массой тела». Категория нервной булимии, вероятно,

будет расширена. В нее, возможно, войдет «субъективное компульсивное переделение», а собственно «компульсивное переделение» будет выделено в отдельную диагностическую единицу (в соответствии с DSM-5).

Труды Рабочей группы МКБ-11 по расстройствам интеллектуального развития были опубликованы во «Всемирной психиатрии» в 2011 г. (29). Кроме того, они обсуждаются в этом выпуске журнала (30). Расстройства интеллектуального развития (заменяя собой устаревший термин «умственная отсталость») предлагается определить как «группу расстройств развития, которые характеризуются значительным нарушением когнитивных функций, связанным с ограничениями способности к обучению, адаптивного поведения и навыков». В дальнейшем Рабочая группа рекомендовала включить расстройства интеллектуального развития в более крупную группу расстройств развития нервной системы, чтобы сохранить существующие подкатегории, основанные на тяжести клинических симптомов, а также описывать проблемы с поведением как дополнительные (связанные) признаки.

Председатель Рабочей группы МКБ-11 по психотическим расстройствам недавно сообщил (31) об ожидаемых совпадениях и расхождениях в МКБ-11 и DSM-5. В МКБ-11, как и в DSM-5, симптомы первого ранга Курта Шнайдера не будут иметь прежней основополагающей роли в диагностике шизофрении. Подтипы шизофрении будут опущены, вместо них в классификацию введут шесть спецификаторов симптомов (позитивные, негативные, депрессивные, маниакальные, психомоторные и когнитивные). В отличие от DSM-5, в МКБ-11 предполагается сохранить прежний критерий продолжительности заболевания, равный 1 месяцу, и не включать функциональные нарушения в качестве обязательного критерия.

Уже опубликованы предварительные отчеты о разработке разделов МКБ-11, посвященных психическим расстройствам у детей и подростков (32), соматическому дистрессу, диссоциативным расстройствам (33) и расстройствам личности (34). Более общее обсуждение тем, связанных с диагностическими аспектами DSM-5 и МКБ-11, можно найти в последних номерах «Всемирной психиатрии» (35-45).

Интерактивные полевые испытания предложений для МКБ-11 будут проведены в рамках сети Global Clinical Practice Network (Глобальная сеть клинической практики), в которую в настоящее время входит

более 7000 специалистов в сфере психического здоровья и врачей общей практики ([www.globalclinicalpractice.net](http://www.globalclinicalpractice.net)).

#### Библиография

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. In: Millon T, Krueger RF, Simonsen E (eds). *Contemporary directions in psychopathology: scientific foundations of the DSM-V and ICD-11*. New York: Guilford, 2010:374-90.
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. Bucci P. WPA partnership with the World Health Organization in the

development of the ICD-11 chapter on mental disorders. *World Psychiatry* 2013;12:87-8.

16. Volpe U. WPA contribution to the development of the chapter on mental disorders of the ICD-11: an update. *World Psychiatry* 2013; 12: 183-4.
17. Maj M. Mood disorders in ICD-11 and DSM-5. A brief overview. *Die Psychiatrie* 2013;10:24-9.
18. Maj M. Validity and clinical utility of the current operational characterization of major depression. *Int Rev Psychiatry* 2012;24:530-7.
19. Maj M, Reed GM (eds). *The ICD-11 classification of mood and anxiety disorders: background and options*. *World Psychiatry* 2012;11(Suppl. 1).
20. Maj M. Bereavement-related depression in the DSM-5 and ICD-11. *World Psychiatry* 2012;11:1-2.
21. 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.
22. Corruble E. The bereavement exclusion may not be applicable in real world settings. *World Psychiatry* 2012;11:202.
23. Pies R. Was the bereavement exclusion originally based on scientific data? *World Psychiatry* 2012;11:203.
24. Wakefield JC, First M. Fallacious reasoning in the argument to eliminate the major depression bereavement exclusion in DSM-5. *World Psychiatry* 2012;11:204-5.
25. Maj M. "Clinical judgment" and the DSM-5 diagnosis of major depression. *World Psychiatry* 2013;12:89-91.
26. Wakefield JC. DSM-5 grief scorecard: assessment and outcomes of proposals to pathologize grief. *World Psychiatry* 2013;12:171-3.
27. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA et al. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry* 2013;12:198-206.
28. Uher R, Rutter M. Classification of feeding and eating disorders: review of evidence and proposals for ICD-11. *World Psychiatry* 2012;11:80-92.
29. Salvador-Carulla L, Reed GM, Vaez-Azizi LM et al. Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and framework for "mental retardation/intellectual disability" in ICD-11. *World Psychiatry* 2011;10:175-80.
30. Bertelli MO, Salvador-Carulla L, Scuticchio D et al. Moving beyond intelligence in the revision of ICD-10: specific cognitive functions in intellectual developmental disorders. *World Psychiatry* 2014;13:93-4.
31. Gaebel W, Zielasek J, Cleveland H-R. Psychotic disorders in ICD-11. *Die Psychiatrie* 2013;10:11-7.
32. Rutter M, Uher R. Classification issues and challenges in child and adoles-

- cent psychopathology. *Int Rev Psychiatry* 2012;24:514-29.
33. Creed F, Gureje O. Emerging themes in the revision of the classification of somatoform disorders. *Int Rev Psychiatry* 2012;24:556-67.
  34. Tyrer P, Crawford M, Mulder R et al. Reclassifying personality disorders. *Lancet* 2011; 377:1814-5.
  35. Regier DA, Kuhl EA, Kupfer DJ. The DSM-5: classification and criteria changes. *World Psychiatry* 2013;12:92-8.
  36. Garb HN. Cognitive and social factors influencing clinical judgment in psychiatric practice. *World Psychiatry* 2013;12:108-10.
  37. Frances A. The past, present and future of psychiatric diagnosis. *World Psychiatry* 2013;12:111-2.
  38. van Os J, Delespaul P, Wigman J et al. Beyond DSM and ICD: introducing "precision diagnosis" for psychiatry using momentary assessment technology. *World Psychiatry* 2013; 12: 113-7.
  39. Ghaemi SN. Taking disease seriously in DSM. *World Psychiatry* 2013; 12:210-2.
  40. McGorry PD. The next stage for diagnosis: validity through utility. *World Psychiatry* 2013;12:213-5.
  41. Maj M. Mental disorders as "brain diseases" and Jaspers' legacy. *World Psychiatry* 2013;12:1-3.
  42. Parnas J. The Breivik case and "condition psychiatrica". *World Psychiatry* 2013;12:22-3.
  43. Bolton D. Should mental disorders be regarded as brain disorders? 21st century mental health sciences and implications for research and training. *World Psychiatry* 2013;12:24-5.
  44. Wakefield JC, Schmitz MF. When does depression become a disorder? Using recurrence rates to evaluate the validity of proposed changes in major depression diagnostic thresholds. *World Psychiatry* 2013;12:44-52.
  45. Berrios GE, Markova IS. Is the concept of "dimension" applicable to psychiatric objects? *World Psychiatry* 2013;12:76-8.

DOI 10.1002/wps.20095