

# Предложения для МКБ-11: отчет для членов ВПА

**Mario Luciano**

WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health, Naples, Italy (Италия)

Перевод: Алфимов П.В.

Разработка главы о психических и поведенческих расстройствах 11-го пересмотра Международной классификации болезней (МКБ-11) активно продолжается. Утверждение всей классификации на Всемирной ассамблее здравоохранения запланировано на май 2017 г.

Будет опубликовано по крайней мере две версии главы: одна для использования в специализированных учреждениях (Клинические описания и принципы диагностики), другая — для использования в первичной медицинской сети. Публикация отдельной версии для научно-исследовательских целей в настоящее время является предметом дискуссии.

Важное нововведение заключается в том, что нарушения сна и бодрствования, также расстройства и дисфункции сексуальной сферы будут рассмотрены в отдельных главах классификации.

В МКБ-10 «неорганические» расстройства сна включены в главу о психических и поведенческих расстройствах, в то время как большинство «органических» нарушений сна описаны в главе о заболеваниях нервной системы. Это разделение сочли устаревшим. Новая глава МКБ-11 о расстройствах сна и бодрствования подчеркивает, что нарушения сна являются важной частью клинической практики и требуют отдельного внимания.

Схожим образом, в МКБ-10 «неорганические» сексуальные дисфункции включены в главу о психических и поведенческих расстройствах, в то время как большинство «органических» сексуальных дисфункций помещено в главу о заболеваниях мочеполовой системы. В МКБ-11 наличие отдельной главы о расстройствах и дисфункциях сексуальной сферы будет способствовать более адекватному отражению современной клинической действительности, в которой очевидно, что сексуальные дисфункции имеют как психологический, так и биологический компоненты.

Разработка главы МКБ-11 о психических расстройствах ведется под руководством Международной консультативной группы и поддер-

живается одиннадцатью рабочими группами, которые занимаются, соответственно, классификацией психических расстройств для первичной медицинской сети, психическими расстройствами детей и подростков, расстройствами интеллектуального развития, расстройствами личности, психотическими расстройствами, соматическим дистрессом и диссоциативными расстройствами, расстройствами, связанными со стрессом, расстройствами, связанными с психоактивными веществами и зависимостями, аффективными и тревожными расстройствами, обсессивно-компульсивным и связанным с ним расстройствами, расстройствами кормления и приема пищи. Кроме того, существуют отдельные консультативная группа по расстройствам позднего возраста. Две рабочие группы (по нейрокогнитивным расстройствам и по нарушениям сна) отчитываются одновременно Консультативной группе по психическим и поведенческим расстройствам, а также Консультативной группе по заболеваниям нервной системы. Рабочая группа по сексуальным расстройствам и сексуальному здоровью также отчитывается двум Консультативным группам — по психическим и поведенческим расстройствам и по репродуктивному здоровью.

МКБ-11 разрабатывается при участии ключевых заинтересованных сторон, включая страны-члены Всемирной организации здравоохранения, профессиональные объединения, а также ассоциации потребителей психиатрической помощи и членов их семей. Ключевым аспектом новой классификации является повышенное внимание к культурной среде. Новый пересмотр рассматривается как возможность улучшить клиническую применимость классификации, особенно в странах с низким и средним уровнем доходов [1-3].

В основе МКБ по-прежнему лежат определения и диагностические принципы, а не операциональные критерии, как в DSM. Преимуществом и возможные ограничения этих двух подходов недавно обсуждались в нашем журнале [4-10]. Основным аргументом в пользу первого подхода является то, что он лучше подходит для «спонтанной клинической практики», которая не включает проверку наличия у конкретного пациента определенной серии симптомов, а вместо этого предполагает сопоставление особенно-стей пациента с «шаблонами» пси-

хических расстройств, которые использует клиницист.

Серьезные усилия были направлены на гармонизацию групп расстройств («блоков») в МКБ-11 и DSM-5. Тем не менее, после публикации новой версии МКБ будут присутствовать несколько отличий на уровне конкретных диагностических категорий. Хотя окончательные решения, касающиеся содержания МКБ 11, еще не приняты, в литературе уже обсуждаются ожидаемые расхождения между МКБ-11 и DSM-5.

Что касается психотических расстройств, и в МКБ-11, и в DSM-5 в описании шизофрении сделан меньший упор на симптомы «первого ранга» Курта Шнайдера и опускаются подтипы этого заболевания. В отличие от DSM-5, в МКБ-11, как ожидается, для диагностики шизофрении будет использован критерий продолжительности, равный 1 месяцу, а функциональные нарушения не будут использоваться в качестве обязательного критерия [11, 12].

Что касается расстройств настроения, в МКБ-11, как и в DSM-5, критерий активации/увеличения энергии будет включен в качестве определяющего симптома мании. Также будет признано, что маниакальный или гипоманиакальный синдром, возникший на фоне лечения антидепрессантами и сохраняющийся после прекращения физиологического действия антидепрессантов, является достаточным для диагностики маниакально (гипоманиакального) эпизода. Кроме того, биполярное расстройство II типа будет признано в качестве отдельной диагностической единицы в МКБ-11 (в МКБ-10 это расстройство упоминалось среди «других биполярных аффективных расстройств»). Ожидаемые расхождения между МКБ-11 и DSM-5 включают в себя отличающиеся характеристики смешанных аффективных состояний и шизоаффективных расстройств. Кроме того, в МКБ-11 диагноз депрессивного эпизода исключается при «нормальной реакции тяжелой утраты, соответствующей культурной среде пациента» (в соответствии с МКБ-10 и в отличие от DSM-5) [13-21].

В МКБ-11 острая реакция на стресс будет позиционироваться как нормальная реакция и, следовательно, классифицироваться в разделе «Факторы, влияющие на состояние здоровья и оказание медицинских услуг», в то время как «острое стрессовое расстройство» по-прежнему включено в раздел

расстройств, связанных с травмой и стрессом, в DSM-5. Кроме того, в МКБ-11 будет введена новая диагностическая категория — комплексное посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), для которого характерны аффективные нарушения, нарушение самовосприятия и межличностного функционирования в дополнение к трем основным признакам посттравматического стрессового расстройства [22].

В разделе МКБ-11 о расстройствах приема пищи категория анорексии, как ожидается, будет расширена. Будет опущен критерий аменореи, весовой критерий будет расширен до любого значительного снижения веса, а когнитивный критерий будет расширен с включением симптомов, связанных с культурными особенностями и интеллектуальным развитием. Кроме того, ожидается введение классификатора тяжести «с опасно низкой массой тела», который будет использоваться для выделения самых опасных случаев нервной анорексии. Категория булимии, вероятно, будет расширена за счет включения субъективного переживания. Возможно, будет включена отдельная категория компульсивного переживания (в соответствии с DSM-5) [23].

Расстройства интеллектуального развития (новый термин, заменяющий устаревшую «умственную отсталость») будут определены как «группы расстройств развития, для которых характерно значительное нарушение когнитивных функций, и которые связаны с ограничениями способности к обучению, ограничению навыков и адаптивного поведения». Текущие подкатегории, основанные на клинической тяжести, будут сохранены, в то время как проблемы поведения будут описываться как связанные феномены [24].

Предварительные отчеты рабочих групп по соматическому дистрессу и диссоциативным расстройствам, а также расстройствам личности уже доступны в литературе [25, 26]. Более общее обсуждение диагностических вопросов МКБ-11 и DSM-5 можно найти в недавних выпусках «Всемирной психиатрии» и других журналах [21-41].

На ранних этапах разработки МКБ-11 проведено два полевых исследования, которые были направлены на сбор мнений профессионалов в сфере психического здоровья о связи между психическими расстройствами, а также на принятие информированных решений о структуре новой классификации [42, 43].

Проведено два глобальных опроса профессионалов в сфере психи-

ческого здоровья относительно классификации психических расстройств. Один из них проведен с участием ВПА, он включал почти 5000 психиатров из 44 стран [44]. Другой опрос проведен в сотрудничестве с Международным союзом психологической науки (International Union of Psychological Science), в нем участвовало 2155 психологов из 23 стран [45].

Полевое испытание предложений МКБ-11 ведется с использованием двух подходов. Первый подход — это полевые исследования в Интернете, которые реализуются в рамках Глобальной сети клинической практики (Global Clinical Practice Network), ассоциации специалистов в сфере охраны психического здоровья и первичной медицинской сети. В настоящее время в ней зарегистрировано почти 10000 участников из 127 стран. В таких исследованиях, проводимых через Интернет, используется описание клинических случаев, с помощью которых респонденты оценивают клиническую применимость предлагаемых диагностических категорий и принципов МКБ-11. Второй подход предполагает клинические полевые исследования в условиях реальной медицинской практики с особым акцентом на страны с низким и средним уровнем дохода.

Серия симпозиумов по разработке главы МКБ-11 о психических расстройствах будет проведена в рамках Всемирного психиатрического конгресса, который состоится в Мадриде (Испания) с 14 по 18 сентября 2014 года.

#### 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. Westen D. Prototype diagnosis of psychiatric syndromes. *World Psychiatry* 2012;11:16-21.
5. Jablensky A. Prototypes, syndromes and dimensions of psychopathology: an open agenda for research. *World Psychiatry* 2012;11:22-3.
6. First MB. A practical prototypic system for psychiatric diagnosis: the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. *World Psychiatry* 2012;11:24-5.
7. Frances A. Prototypal diagnosis: will this relic from the past become the wave of the future? *World Psychiatry* 2012;11:26.

8. 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.
9. Ayuso-Mateos JL. Prototype diagnosis of psychiatric syndromes and the ICD-11. *World Psychiatry* 2012;11:30-1.
10. Westen D, Malone JC, DeFife JA. An empirically derived approach to the classification and diagnosis of mood disorders. *World Psychiatry* 2012; 11:172-80.
11. Gaebel W. Status of psychotic disorders in ICD-11. *Schizophr Bull* 2012;38:895-8.
12. Gaebel W, Zielasek J, Cleveland H-R. Psychotic disorders in ICD-11. *Die Psychiatrie* 2013;10:11-7.
13. Maj M, Reed GM (eds). The ICD-11 classification of mood and anxiety disorders: background and options. *World Psychiatry* 2012;11(Suppl. 1).
14. Maj M. Mood disorders in ICD-11 and DSM-5. A brief overview. *Die Psychiatrie* 2013;10:24-9.
15. Maj M. Bereavement-related depression in the DSM-5 and ICD-11. *World Psychiatry* 2012;11:1-2.
16. 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.
17. Corruble E. The bereavement exclusion may not be applicable in real world settings. *World Psychiatry* 2012;11:202.
18. Pies R. Was the bereavement exclusion originally based on scientific data? *World Psychiatry* 2012;11:203.
19. 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.
20. Maj M. "Clinical judgment" and the DSM-5 diagnosis of major depression. *World Psychiatry* 2013;12:89-91.
21. Wakefield JC. DSM-5 grief scorecard: assessment and outcomes of proposals to pathologize grief. *World Psychiatry* 2013;12:171-3.
22. 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.
23. Uher R, Rutter M. Classification of feeding and eating disorders: review of evidence and proposals for ICD-11. *World Psychiatry* 2012;11:80-92.
24. 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.
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 et al. Reclassifying personality disorders. *Lancet* 2011;377:1814-5.

27. Rutter M, Uher R. Classification issues and challenges in child and adolescent psychopathology. *Int Rev Psychiatry* 2012;24:514-29.
28. Regier DA, Kuhl EA, Kupfer DJ. The DSM-5: classification and criteria changes. *World Psychiatry* 2013;12:92-8.
29. Garb HN. Cognitive and social factors influencing clinical judgment in psychiatric practice. *World Psychiatry* 2013;12:108-10.
30. Frances A. The past, present and future of psychiatric diagnosis. *World Psychiatry* 2013;12:111-2.
31. Maj M. Adherence to psychiatric treatments and the public image of psychiatry. *World Psychiatry* 2013;12:185-6.
32. 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.
33. 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.
34. 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.
35. Ghaemi SN. Taking disease seriously in DSM. *World Psychiatry* 2013;12:210-2.
36. McGorry PD. The next stage for diagnosis: validity through utility. *World Psychiatry* 2013;12:213-5.
37. Maj M. Mental disorders as "brain diseases" and Jaspers' legacy. *World Psychiatry* 2013;12:1-3.
38. Parnas J. The Breivik case and "condition psychiatria". *World Psychiatry* 2013;12:22-3.
39. 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.
40. 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.
41. Berrios GE, Markova IS. Is the concept of "dimension" applicable to psychiatric objects? *World Psychiatry* 2013;12:76-8.
42. Roberts MC, Reed GM, Medina-Mora ME et al. A global clinicians' map of mental disorders to improve ICD-11: analyzing meta-structure to enhance clinical utility. *Int Rev Psychiatry* 2012;24:578-90.
43. Reed GM, Roberts MC, Keeley J et al. Mental health professionals' natural taxonomies of mental disorders: implications for the clinical utility of the ICD-11 and the DSM-5. *J Clin Psychol* 2013;69:1191-212.
44. Reed GM, Mendonca Correia J, Esparza P et al. The WPA-WHO global survey of psychiatrists' attitudes towards mental disorders classification. *World Psychiatry* 2011;10:118-31.
45. Evans SC, Reed GM, Roberts MC et al. Psychologists' perspectives on the diagnostic classification of mental disorders: results from the WHO-IUPsyS global survey. *Int J Psychol* 2013;48:177-93.

DOI 10.1002/wps.20136