

# Применяют ли специалисты в области психического здоровья диагностические классификации так, как мы предполагали? Всемирный опрос

Michael B. First<sup>1</sup>, Tahilia J. Rebello<sup>2</sup>, Jared W. Keeley<sup>3</sup>, Rachna Bhargava<sup>4</sup>, Yunfei Dai<sup>5</sup>, Maya Kulygina<sup>6</sup>, Chihiro Matsumoto<sup>7</sup>, Rebeca Robles<sup>8</sup>, Anne-Claire Stona<sup>9</sup>, Geoffrey M. Reed<sup>2,10</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychiatry, Columbia University, College of Physicians and Surgeons and New York State Psychiatric Institute, New York, NY, USA; <sup>2</sup>Global Mental Health Program, Columbia University, College of Physicians and Surgeons and Research Foundation for Mental Hygiene, New York, NY, USA; <sup>3</sup>Department of Psychology, Virginia Commonwealth University, Richmond, VA, USA; <sup>4</sup>All India Institute of Medical Sciences, New Delhi, India; <sup>5</sup>Shanghai Mental Health Center, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai, People's Republic of China; <sup>6</sup>Moscow Research Institute of Psychiatry, National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russian Federation; <sup>7</sup>Japanese Society of Psychiatry and Neurology, Tokyo, Japan; <sup>8</sup>National Institute of Psychiatry Ramon de la Fuente Muniz, Mexico City, Mexico; <sup>9</sup>Ministry for Solidarity and Health, Paris, France; <sup>10</sup>World Health Organization, Geneva, Switzerland

Перевод: Шишкова Т.И. (Самара)

Редактура: к.м.н. Дорофейкова М.В. (Санкт-Петербург)

*Представлены результаты всемирного опроса специалистов в области психического здоровья, прежде всего психиатров, выполненного в рамках разработки классификации психических и поведенческих расстройств для МКБ-11. Оценивались использование разных компонентов МКБ-10 и DSM специалистами, их мнение о практической значимости этих классификаций и частота использования «остаточных» категорий (т. е. «другое» и «неуточненное»). В предыдущих опросах большинство специалистов сообщили, что они часто пользуются формальными классификациями в повседневной работе, но о том, как именно эти классификации применяются, было известно очень мало. Например, предполагалось, что клиницисты могут использовать формулировки и коды диагноза из МКБ-10 только для того, чтобы соблюсти административные требования. Настоящий опрос проводился среди специалистов – членов Всемирной сети клинической практики (ВСКП), которую ВОЗ учредила для полевых испытаний МКБ-11 по всему миру. Всего на предложенные вопросы ответили 1764 члена ВСКП из 92 стран; 1335 человек – в отношении МКБ-10 и 429 – в отношении DSM (DSM-IV, DSM-IV-TR или DSM-5). Наиболее часто сообщалось об использовании классификаций в административных и финансовых целях: 68,1% респондентов регулярно обращаются к ним по этой причине. Чуть более половины (57,4%) часто или постоянно сверяются с рекомендациями и диагностическими критериями, чтобы удостовериться, соответствует ли им пациент. В то время как МКБ-10 чаще, чем DSM-5, используют в административных целях, другие различия между классификациями оказались небольшими или вовсе незначительными. Обе классификации респонденты оценили как полезные прежде всего в отношении формулирования диагноза, для коммуникации с другими специалистами в области здравоохранения и для преподавания и как в меньшей степени полезные для подбора лечения и определения прогноза. МКБ-10 признали более удобной для административных целей, чем DSM-5. Большинство специалистов сообщили, что время от времени пользуются остаточными диагностическими категориями: около 12% пользователей в случае МКБ-10 и 19% в случае DSM-5 ставят такие диагнозы часто или регулярно, в основном в случаях, которые не подходят ни под одну другую категорию, или если для постановки более конкретного диагноза недостаточно данных. Приведенные результаты дают актуальное и полное представление об использовании диагностических классификаций психических расстройств в повседневной клинической практике.*

**Ключевые слова:** классификация психических расстройств, МКБ-11, МКБ-10, DSM-5, Всемирная сеть клинической практики, повседневная клиническая практика, психиатрический диагноз, административное использование, удобство в практике, остаточные диагностические категории.

(World Psychiatry 2018;17(2):187-195)

В течение последних десяти лет Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) занимается пересмотром главы, посвященной психическим и поведенческим расстройствам, в рамках подготовки нового, 11-го издания Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-11). Предлагаемые изменения в первую очередь нацелены на то, чтобы сделать классификацию более удобной для практического применения специалистами в области психического здоровья, находящимися «на передовой», в том числе психиатрами<sup>1</sup>.

Первый шаг в направлении повышения удобства использования классификации в практической медицине – изучить, как на самом деле классификация используется в настоящее время<sup>2,3</sup>. В начале процесса пересмотра МКБ-11 ВОЗ провела два опроса среди психологов<sup>4</sup> и психиатров<sup>5</sup> об использовании классификаций психических расстройств и отношении к ним в целом. В первую очередь вопросы предназначались для оценки мнения респондентов о классификации, в том числе ее основных целях, идеальном количестве диагностических категорий, оптимальной гибкости в использовании критериев, лучшем способе

отразить в классификации концепции функционального статуса и тяжести расстройства, преимущественном использовании дименсионального или категориального подхода в диагностике, трудностях применения существующих классификаций в условиях разных культур. Меньшая часть опроса касалась практического применения классификаций: как часто формальными классификациями пользуются в повседневной работе, к какой из них прибегают чаще, какие категории используют чаще всего. Для диагнозов, которые использовались хотя бы раз в неделю, респонденты должны были указать, насколько они точны и просты в использовании.

В данных опросах 79% участвовавших психиатров и 60% психологов сообщили, что «часто» или «почти всегда» используют формальные классификации в ежедневной практике, а 14% психиатров и 18% психологов ответили, что пользуются ими «иногда». Однако эти результаты не дают нам четкого представления о том, как именно применяются формальные классификации. Например, это может быть исключительно внесение в документацию формулировок диагноза или кодов из классификации, а

может быть использование диагностических рекомендаций и критериев<sup>6</sup>. В самом деле, бытует мнение, что психиатры используют МКБ только как систему кодирования для административных целей, поэтому пересмотры данной классификации не окажут значимого влияния на постановку диагноза.

О фактическом применении МКБ и DSM в мировой клинической практике психиатрами и другими специалистами в области психического здоровья известно очень мало. Ограниченные сведения, которыми мы располагаем, в основном получены из опросов<sup>7-11</sup>. Однако эти опросы были нацелены почти исключительно на исследование мнения респондентов о разных классификациях и их предпочтений, а не на сбор информации об их применении. Например, опрос, проведенный Mellsor и соавт. в 2006 г.<sup>12</sup>, предлагался психиатрам из семи разных стран<sup>13,14</sup> и включал только один общий вопрос об использовании классификаций, а именно: как часто (постоянно, иногда или никогда) они используют каждую из пяти осей DSM-5, МКБ-10 и Международную классификацию функционирования (МКФ) в своей клинической практике. Единственное исключение составляет опрос, проведенный в 1991 г. на Съезде американских детских психиатров: он включал несколько целенаправленных вопросов о том, как врачи используют DSM-III-R применительно к расстройствам у детей<sup>15</sup>. Опрос показал, что, в зависимости от диагноза, постоянно ко всем критериям DSM-III-R для постановки диагноза обращались от 47 до 66% респондентов и часто обращались к данному руководству перед установлением диагноза от 28 до 49%.

В данной статье описаны результаты подробного всемирного опроса специалистов в области психического здоровья об использовании МКБ-10 и последних двух версий DSM. Цель данной работы – прояснить, как именно в рутинной клинической практике применяются разные компоненты МКБ-10 и DSM (например, коды диагнозов, диагностические руководства и критерии, описательная часть), а также сравнить использование этих двух классификационных систем между собой. Кроме того, специалистам предлагалось ответить, насколько полезными для разных целей (например, коммуникации, подбора лечения) они считают МКБ и DSM и насколько часто используют «остаточные» категории (т. е. «другое», «неуточненное», «нигде более не классифицируемое»).

И в МКБ, и в DSM такие «остаточные категории» предусмотрены для случаев, когда расстройство не удовлетворяет критериям ни одного из более конкретных диагнозов или когда информации для постановки более точного диагноза недостаточно (например, в условиях приемного отделения). Существует предположение, что относительно частое использование таких диагнозов может косвенно свидетельствовать о недостатках классификационных систем: либо они сложны в использовании для клиницистов, либо недостаточно точно описывают пациентов<sup>16</sup>, либо некоторых диагнозов специалисты стараются избегать, чтобы не подвергать пациента стигматизации.

Опрос проводился среди специалистов, зарегистрированных во Всемирной сети клинической практики (ВСКП)<sup>17,18</sup>, которая была создана Департаментом ВОЗ по психическому здоровью и токсикомании с целью привлечь специалистов по всему миру к полевым испытаниям раздела МКБ-11 о психических и поведенческих расстройствах. Членами ВСКП могли стать специалисты в области психического здоровья, которые завершили обучение и имеют лицензию на осуществление практики в стране, где проживают (<https://gcp.net>). В состав ВСКП сейчас входят более 14 тыс. специалистов из 154 стран, из них более половины – психиатры. Хотя изначально сеть была организована для полевых испытаний МКБ-11, она также позволяет прово-

дить опросы на смежные темы среди представителей разных специальностей в области психического здоровья. Данный опрос – первая попытка использовать ВСКП, чтобы изучить мнение профессионалов о чем-то, кроме новой редакции диагностического руководства МКБ.

## МЕТОДЫ

### Участники

В исследовании принимали участие члены ВСКП. На момент набора участников в системе были зарегистрированы 11 707 пользователей из 139 стран, которые говорили на 9 разных языках. Решено было проводить опрос на шести: китайском, английском, французском, японском, испанском и русском. Языки выбирались по количеству их представителей в ВСКП с учетом доступности ресурсов для перевода.

Интернет-опрос проводился на шести языках с использованием специализированного сервиса Qualtrics. Опрос состоял из вопросов о классификации и отдельного модуля с вопросами о техническом сопровождении. Изначальный текст опроса был создан на английском языке, выверен на предмет применимости и релевантности в разных странах (этого требовали содержащиеся в вопросах примеры и т. д.) и затем переведен на остальные пять языков с последующей тщательной проверкой, в частности, валидацией двуязычными экспертами<sup>19</sup>.

Приглашение поучаствовать в опросе было отправлено через систему Qualtrics 9792 зарегистрированным членам ВСКП, которые, по указанной при регистрации информации, владели одним из языков исследования и являлись практикующими специалистами. Тем, кто еще не принял участия в опросе, через две и через четыре недели отправлялись напоминания на электронную почту. Через два месяца после первого приглашения сбор данных на всех языках был закрыт.

Из 9792 приглашенных к участию членов ВСКП 2960 (30,2%) перешли по ссылке в приглашении и изъявили согласие участвовать в исследовании, ответив положительно на соответствующий первый вопрос анкеты. Таким образом, охват настоящего опроса сравним с таковым при полевых испытаниях через систему ВСКП.

В начале опроса участникам предлагалось ответить: а) практикуют ли они на данный момент в сфере психического здоровья как минимум час в неделю; б) входит ли в их компетенцию установление диагноза психического расстройства; в) приходилось ли им часто или на постоянной основе использовать МКБ-10 или одну из версий DSM (DSM-5, DSM-IV или DSM-IV-TR) за последний год (с вариантами ответа: никогда/редко, иногда, часто, постоянно). Участникам, которые не удовлетворяли эти критериям, дальнейшие вопросы не предлагались, они сразу переходили к модулю о техническом сопровождении.

Участников, которые указали, что часто или постоянно применяли одну из интересующих классификаций за последний год, далее расспрашивали о ней более подробно. Участникам, которые ответили, что часто или постоянно обращались и к МКБ, и к DSM («смешанные пользователи»), был задан вопрос, с какой целью они их использовали. Если в клинических целях участник использовал только одну из них, то в дальнейшем задавались вопросы по ней. Если участник использовал в клинических целях МКБ-10 и какую-то из версий DSM, то дальше он получал вопросы по МКБ-10. Если участник утверждал, что пользуется в клинических целях DSM, то опрос уточнял, какой именно редакцией; если более чем одной, то при дальнейшем расспросе имелась в виду в основном DSM-5. В особенностях использования DSM-5, DSM-IV и DSM-IV-TR в дальнейшем не было обнаружено значимых различий, поэтому пользователей DSM объединили в одну группу.

## Содержание опроса

В модуле уточняющих вопросов об МКБ-10 или DSM участников в первую очередь спрашивали, какой версией (или версиями) и в каком формате (бумажном или электронном) они пользуются. Отличительной особенностью МКБ-10 является наличие разных вариантов классификации<sup>20</sup>, в том числе клинических описаний и диагностических руководств<sup>21</sup>, предназначенных для использования в клинической практике; исследовательских диагностических критериев<sup>22</sup>; а также статистической версии, которая содержит только краткие наименования психических и поведенческих расстройств<sup>23</sup> и служит для сбора и обработки статистической информации в странах, присоединившихся к ВОЗ. Пользователям МКБ-10 предлагалось ответить, приходилось ли им использовать каждую из версий за последний год и если какой-то из версий они не пользовались, то представляют ли, как она выглядит. Для большей достоверности к вопросам прилагался образец из каждой версии. И в случае МКБ, и в случае DSM был предусмотрен вопрос, использует респондент классификацию в бумажном или электронном виде.

Далее участников подробно расспрашивали, насколько часто они используют классификацию разными способами (например, систематически сверяются с диагностическими руководствами и критериями или просматривают другой сопровождающий текст) и для разных целей (например, для заполнения учетной и финансовой документации, коммуникации с пациентами и членами их семей). Частоту использования на первом этапе диагностики и в ходе лечения предлагалось оценить по четырехбалльной шкале: никогда / редко, иногда, часто, постоянно. Участников также просили оценить, насколько та или иная система полезна для разных целей (например, для подбора лечения или определения прогноза), по четырехбалльной системе: бесполезна / польза несущественная, довольно полезна, очень полезна, чрезвычайно полезна.

Кроме того, участникам опроса предлагалось ответить, как часто и по какой причине они прибегают к формулировкам «другое уточненное» или «неуточненное» из МКБ или «нигде более не классифицируемое» из DSM. Чтобы определить, действительно ли специалисты используют эти категории по назначению, среди вариантов ответа были как

Показатель	Прошли версию опроса про МКБ-10 (n=1335)	Прошли версию опроса про DSM (n=429)	Всего (n=1764)
Возраст на момент регистрации в сети, годы (средний ± СО)	45,4±10,7	48,6±12,6	46,2±11,3
Опыт работы после завершения обучения, годы (средний ± СО)	15,6±10,1	17,5± 11,7	16,1±10,5
Пол, n (%):			
мужчины	877 (65,7)	242 (56,4)	1119 (63,4)
женщины	457 (34,2)	187 (43,6)	644 (36,5)
другой/не указан	1 (<0,1)	0	1 (<0,1)
Профессия, n (%):			
врач	1102 (82,5)	214 (49,9)	1316 (74,6)
психолог	198 (14,8)	144 (33,6)	342 (19,4)
медицинская сестра	2 (0,1)	1 (0,2)	3 (0,2)
социальный работник	4 (0,3)	27 (6,3)	31 (1,8)
консультант	13 (1,0)	23 (5,4)	36 (2,0)
сексолог	0	4 (0,9)	4 (0,2)
логопед	1 (<0,1)	0	1 (<0,1)
трудотерапевт	14 (1,0)	0	1 (<0,1)
другие		16 (3,7)	30 (1,7)
Уровень дохода страны, n (%):			
высокий	781 (58,5)	284 (66,2)	1065 (60,4)
выше среднего	404 (30,3)	106 (24,7)	510 (28,9)
ниже среднего	136 (10,2)	27 (6,3)	163 (9,2)
низкий	14 (1,0)	11 (2,6)	25 (1,4)
Язык, n (%):			
китайский	254 (19,0)	10 (2,3)	264 (15,0)
английский	429 (32,1)	204 (47,6)	633 (35,9)
французский	144 (10,8)	59 (13,8)	203 (11,5)
японский	137 (10,3)	63 (14,7)	200 (11,3)
русский	229 (17,2)	0	229 (13,0)
испанский	142 (10,6)	93 (21,7)	235 (13,3)
Региональное бюро ВОЗ, n (%):			
Африка	27 (2,0)	15 (3,5)	42 (2,4)
Северная Америка	11 (0,8)	131 (30,5)	142 (8,0)
Южная Америка	128 (9,6)	78 (18,2)	206 (11,7)
Восточное Средиземноморье	24 (1,8)	31 (7,2)	55 (3,1)
Европа	644 (48,2)	71 (16,6)	71 (16,6)
Юго-Восточная Азия	92 (6,9)	15 (3,5)	107 (6,1)
Западная часть Тихого океана – Азия	395 (29,6)	74 (17,2)	469 (26,6)
Западная часть Тихого Океана – Океания	14 (1,0)	14 (3,3)	28 (1,6)

вполне легитимные причины (например, случай, который не вписывается ни в одну из более конкретных категорий), так и более сомнительные (например, нежелание вносить в документацию пациента конкретную диагностическую информацию).

## РЕЗУЛЬТАТЫ

### Характеристика выборки

После того как были исключены участники, не соответствующие квалификационным критериям, а также 13 человек, которые согласились участвовать в опросе и соответствовали вышеперечисленным критериям, но предоставили недостаточно данных для анализа, окончательный размер выборки составил 1764 члена ВСКП. Как показано в табл. 1, 1335 из них отвечали на вопросы относительно МКБ-10 (75,7% выборки) и 429 – в том, что касается DSM (24,3%).

Демографические характеристики выборки представлены в табл. 1. Около двух третей выборки составили мужчины (63,4%), три четверти опрошенных (74,6%) имели медицинское образование, и 90% из них были психиатрами. Опрос прошли участники из 92 стран, 39,5% специалистов практиковали в странах с низким и средним уровнем дохода. Участники представляли все регионы мира, хотя и не в равной степени, но это распределение примерно отражает обеспеченность разных регионов специалистами в области психического здоровья<sup>24</sup>. Значимое большинство участников (64,1%) прошли опрос не на английском языке. Средний возраст опрошенных составил 46,2±11,3 года, опыт практической деятельности после завершения обучения составил в среднем 16,1±10,5 года.

### Использование классификаций

На вопрос, с какой версией классификации они работали в последний год, почти три четверти пользователей МКБ-10 ответили, что это были клинические описания и диагностические руководства, 26,4% – исследовательские диагностические критерии и 32,0% – статистическая версия (вопрос допускал несколько ответов). Только 7,6% пользователей МКБ-10 никогда не сталкивались с клиническими описаниями и диагностическими руководствами. Большинство пользователей DSM (86,9%) ответили, что применяют полную версию (т. е. диагностические критерии с сопроводительным текстом), 47,3% – версию, содержащую только диагностические критерии, и 11,7% – список диагнозов с кодами без критериев (вопрос допускал несколько ответов).

Несмотря на доступность диагностических критериев и кодов в электронном виде, респонденты отдавали предпоч-

тение бумажным версиям. 93,3% пользователей МКБ и 84,6% пользователей DSM применяли для поиска кодов диагнозов классификации в печатном варианте, а к электронным источникам (таким как сайты ВОЗ или Американской психиатрической ассоциации, соответствующие вкладки электронных историй болезни и другие сервисы) обращались 44,1% пользователей МКБ и 30,5% пользователей DSM. Та же тенденция проявилась в отношении диагностических руководств и критериев: 92,5% пользователей МКБ и 84,8% пользователей DSM имели бумажные версии, к электронному варианту прибегали примерно 35% пользователей в случае и МКБ, и DSM (вопрос допускал несколько ответов).

Особенности использования разных компонентов диагностических классификаций (т. е. диагностических кодов, диагностических руководств/критериев, сопроводительного текста) представлены в табл. 2. Специалисты утверждали, что чаще всего используют диагностические классификации в административных и финансовых целях, 68,1% прибегают к ним часто или постоянно при первичном осмотре.

Также в опросе выяснялось, как часто респонденты обращались к диагностическим критериям, чтобы убедиться, подходят ли они в конкретной клинической ситуации, и, с другой стороны, как часто они ставят диагноз, не сверяясь с руководствами и критериями: эти вопросы не были взаимоисключающими. Чуть более половины респондентов (57,4%) сообщили, что прибегают к диагностическим критериям часто или постоянно при первичной диагностике, а в ходе лечения этот показатель снижается до 48%. Без диагностических критериев и при постановке диагноза, и в процессе лечения обходились примерно половина респондентов (49,8 и 50% соответственно). Использование сопроводительного текста гораздо менее распространено: 36,2% при первичном осмотре и 28,2% в процессе лечения.

Мало распространенным оказалось использование классификационных систем для общения с пациентами и их родственниками: всего 34,9% участников опроса применяли их с этой целью часто или постоянно при первичном осмотре и 32,4% – по ходу лечения.

Чтобы облегчить сравнение МКБ и DSM по частоте использования и практической значимости, для каждого показателя частоту по шкале Ликерта трансформировали в стандартную взвешенную частоту. Для этого каждому ответу присваивалась своя значимость: никогда/редко – 1 балл, иногда – 2 балла, часто – 3 балла и постоянно – 4 балла, и частоту каждого варианта ответа умножали на соответствующее ему количество баллов. Полученные

Показатель	Никогда/редко	Иногда	Часто	Постоянно
Частота использования диагностических кодов в административных/финансовых целях, %:				
первичная диагностика	18,4	13,5	19,2	48,9
в процессе лечения	18,4	18,5	22,6	40,5
Частота обращения к диагностическим руководствам/критериям при клинической оценке, %:				
первичная диагностика	5,2	37,4	33,9	23,5
в процессе лечения	8,8	43,2	31,3	16,7
Частота постановки диагноза без обращения к диагностическим руководствам/критериям, %:				
первичная диагностика	18,2	32,0	36,8	13,0
в процессе лечения	17,2	32,8	35,9	14,1
Частота обращения к сопроводительному тексту помимо диагностических руководств/критериев, %:				
первичная диагностика	16,8	46,9	26,1	10,1
в процессе лечения	21,4	50,5	21,3	6,9
Частота использования диагностических систем для общения с пациентом и/или его родственниками, %:				
первичная диагностика	25,9	39,2	21,1	13,8
в процессе лечения	26,6	41,0	20,9	11,5

Таблица 3. Сравнение особенностей использования МКБ и DSM (стандартные взвешенные частоты)			
Показатель	МКБ-10 (n=1335)	DSM (n=429)	$\chi^2$ (df=3)
Частота использования диагностических кодов в административных/финансовых целях:			
первичная диагностика	0,7021	0,5369	58,83***
в процессе лечения	0,6557	0,4965	57,41***
$\chi^2$ (df=3)	28,66***	0,14	
Частота обращения к диагностическим руководствам/критериям при клинической оценке:			
первичная диагностика	0,5643	0,6511	32,79***
в процессе лечения	0,5101	0,5478	7,18
$\chi^2$ (df=3)	24,28***	27,46***	
Частота постановки диагноза без обращения к диагностическим руководствам/критериям:			
первичная диагностика	0,4961	0,4390	11,68**
в процессе лечения	0,4979	0,4639	4,33
$\chi^2$ (df=3)	1,61	1,99	
Частота обращения к сопроводительному тексту помимо диагностических руководств/критериев:			
первичная диагностика	0,4215	0,4646	8,63*
в процессе лечения	0,3810	0,3722	1,98
$\chi^2$ (df=3)	14,55**	23,77***	
Частота использования диагностических систем для коммуникации с пациентом и/или его родственниками:			
первичная диагностика	0,4010	0,4343	4,93
в процессе лечения	0,3868	0,4017	2,50
$\chi^2$ (df=3)	3,49	2,15	
*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001			

значения затем трансформировались в стандартную взвешенную частоту: все баллы за один вопрос складывали, полученную сумму вычитали из минимально возможной суммы, а результат делили на максимально возможный разброс величин. При таком подходе результаты варьируют от 0 до 1, все они находятся на одной шкале и каждый отдельный результат принимается во внимание.

Сравнительная характеристика использования МКБ и DSM при первичной диагностике и по ходу лечения представлена в табл. 3. Пользователи МКБ-10 чаще применяли классификацию в административных и финансовых целях, чем пользователям DSM, особенно при постановке диагноза. Используя DSM специалисты были менее склонны ставить диагноз без обращения к классификации и более склонны в каждом отдельном случае сверяться с критериями, однако в абсолютных величинах эти различия оказались несущественными. Пользователи обеих диагностических систем были более склонны сверяться с диагностическими критериями при первичной диагностике, чем по ходу лечения.

### Практическое значение классификаций

В табл. 4 отражено, как участники опроса оценили полезность применения классификаций для разных целей в течение последнего года. Респонденты отметили наиболее высокую утилитарность обеих систем для выполнения административных требований, установления диагноза, общения с другими специалистами в области здравоохранения, а также для преподавания; наименее применяемы классификации оказались для подбора лечения и определения прогноза.

Пользователи МКБ-10 отмечали большую значимость классификации для административных целей, чем пользователи DSM, а те, в свою очередь, чаще называли DSM полезной для общения с пациентами и их родственниками, однако в абсолютных значениях разница в последнем пункте была невелика. В остальных показателях практической полезности МКБ-10 и DSM были на сходном уровне.

Результаты «смешанных пользователей» – участников опроса, которые сообщили, что часто или постоянно пользуются и МКБ-10, и DSM, – представлены в табл. 5. По

нашим сведениям, специалисты из США и Канады не всегда могут точно сказать, пользуются они МКБ-10 или DSM, поскольку в этих странах существуют свои клинические модификации МКБ-10. По этой причине 55 участников опроса из США и Канады были исключены из исследования.

В административных целях «смешанные пользователи» гораздо чаще применяли МКБ-10 (70,7%), чем DSM (21,0%), однако для постановки диагноза они пользовались обеими классификациями в равной степени. В исследовательских и образовательных целях «смешанные пользователи» чаще применяли DSM.

### Применение «остаточных» категорий

67,5% пользователей МКБ-10 и 72,7% пользователей DSM ответили, что используют «остаточные» диагностические категории хотя бы иногда, в то время как часто или постоянно к ним прибегают 11,6% пользователей МКБ-10 и 19,3% пользователей DSM. Причины использования этих категорий, для сравнения представленные в виде стандартных взвешенных частот, отражены в табл. 6.

Наиболее распространенные причины в случае и МКБ-10, и DSM – клиническая ситуация, которая не соответствует ни одной из конкретных диагностических категорий, а также случаи, когда информации для постановки более точного диагноза недостаточно. Значимых различий в ответах пользователей DSM и МКБ-10 не было, за исключением немного большей в случае пользователей МКБ-10 тенденции использовать остаточную диагностическую категорию, если состояние пациента удовлетворяет критериям одновременно нескольких категорий из одной группы.

### ОБСУЖДЕНИЕ

Диагноз психического или поведенческого расстройства присваивается пациенту с несколькими целями: а) в связи с административной необходимостью; б) для упрощения обсуждения пациента с другими врачами; в) диагноз зачастую играет важную роль при определении прогноза и тактики лечения; г) он может способствовать психообразованию пациента и его родственников. Обеспечить выполне-

Показатель	МКБ-10 (n=1335)	DSM (n=429)	$\chi^2$ (df=3)
Административные требования	0,7486	0,5066	236,71***
Постановка диагноза	0,6777	0,6589	4,85
Подбор лечения	0,3658	0,3388	4,99
Общение с пациентом/родственниками	0,3910	0,4406	11,32*
Определение прогноза	0,3870	0,3916	0,95
Общение с другими специалистами в области здравоохранения	0,6449	0,6426	0,77
Преподавание	0,6275	0,6535	3,52

\*p<0,05, \*\*\*p<0,001

Показатель	МКБ-10	DSM	$\chi^2$ (df=3)
Административные требования, n (%)	428 (70,7)	127(21,0)	115,27***
Установление диагноза в клинической практике, n (%)	445 (73,6)	458 (75,7)	0,11
Исследовательская деятельность, n (%)	246 (40,7)	475 (78,5)	46,23***
Преподавание, n (%)	347 (57,4)	498 (82,3)	15,97***

\*\*\*p<0,001

Показатель	МКБ-10 (n=916)	DSM (n=317)	$\chi^2$ (df=3)
Симптомы пациента не соответствуют ни одной из более конкретных категорий	0,6001	0,6090	1,61
Недостаточно информации для постановки более точного диагноза	0,4554	0,4733	4,56
Невозможно определить, является состояние первичным или вторичным	0,2882	0,2863	0,11
Состояние пациента удовлетворяет критериям одновременно нескольких диагнозов из одной группы	0,2926	0,2265	17,64***
Во избежание внесения более конкретных диагностических данных в документацию пациента	0,1850	0,1795	0,66
Постановка более точного диагноза не повлияет на оказываемую помощь	0,1709	0,1934	2,75

\*\*\*p<0,001

ние этих целей призваны диагностические классификационные системы: для административных нужд существуют диагностические коды, для постановки точного диагноза – диагностические критерии и руководства, а также сопроводительный текст, который облегчает проведение дифференциальной диагностики и разъясняет роль онтогенетических и культурных факторов в клинических проявлениях расстройства. Однако в какой мере специалисты используют все перечисленные компоненты диагностических систем – остается неясным<sup>3</sup>.

Результаты опроса подтвердили некоторые общепринятые представления об использовании классификаций. В частности, чаще всего к классификациям обращаются за кодами диагнозов для отчетной и финансовой документации. В большинстве стран требуется указывать код диагноза при каждом врачебном приеме, и результаты опроса вполне это отражают. Тем не менее 18,4% респондентов ответили, что редко или вообще никогда не используют классификацию с этой целью; возможно, это относится к типу организации, при котором внесением кодировок в документацию занимается не врач, а другой персонал (специалисты учреждения по экономике или статистике).

Большинство врачей – членов ВСКП (57,4%) сообщили, что часто или постоянно сверяются с диагностическим руководством или критериями при постановке первоначального диагноза; этот результат противоречит распространенному мнению, что специалисты пользуются классификациями, в частности, МКБ-10, только ради диагностических кодировок. Только 5,2% членов ВСКП ответили, что для них совершенно не свойственно систематически

сверяться с критериями или диагностическим руководством при постановке диагноза. Практика постановки диагноза без обращения к критериям или руководству оказалась не такой распространенной: менее половины респондентов сообщили, что обходятся без них при первичной оценке. Для других целей классификации также использовали нечасто: лишь 34,9% респондентов сообщили, что часто или постоянно прибегают к ним в общении с пациентами или их родственниками, предоставляя информацию о диагнозе.

Сравнение особенностей использования двух классификационных систем выявило, что МКБ шире используется в административных и финансовых целях, чем DSM. Этот результат неудивителен, поскольку в большинстве стран, где при каждом врачебном приеме требуется указывать диагноз, для учета используется именно МКБ. Единственное значимое различие между МКБ и DSM касается диагностических руководств и критериев: пользователи DSM более склонны сверяться с критериями при постановке диагноза, а пользователи МКБ – обходиться без них, однако и эти различия невелики. Это может быть связано, с одной стороны, с низкой практической значимостью критериев МКБ по мнению специалистов, или, с другой стороны, с тем, что критерии DSM более сложны и их труднее запомнить. К сопровождающему тексту пользователи DSM также обращаются чаще, возможно, поскольку DSM содержит достаточно обширные фрагменты с пояснениями по сравнению с МКБ-10. В МКБ-11 планируется исправить этот недостаток и дополнить каждый диагноз информационным фрагментом, построенным по универсальной схеме<sup>20</sup>.

Специалисты оценили практическую полезность обеих классификаций как высокую в ситуациях работы с документами, установления диагноза, общения с другими специалистами в области здравоохранения и преподавания; как низкую – в ситуациях подбора лечения и определения прогноза. Результаты в этом пункте вопроса отражают давно известные недостатки описательных категориальных классификаций<sup>25,26</sup>: категории диагностически гетерогенны, а между диагностической категорией и подходом к лечению нет однозначной связи. Несколько более ранних опросов (в том числе предпринятый ВПА совместно с ВОЗ на начальных этапах разработки МКБ-11) содержали вопрос, каковую из целей диагностических классификаций респонденты считают самой важной. Во всех опросах лидировали два варианта ответа: классификации необходимы, чтобы облегчить коммуникацию между специалистами и для принятия решений о выборе лечебной тактики. С этой точки зрения МКБ и DSM в нашем опросе получили среднюю оценку: коммуникация с другими специалистами оказалась среди сфер, где классификации были наиболее востребованы, а для подбора терапии их значимость оказалась низкой. Применение для общения с пациентами и их родственниками тоже оказалось не так актуально, хотя для DSM этот показатель немного выше в сравнении с МКБ.

Наконец, вопрос об «остаточных» категориях («другое уточненное», «неуточненное» и «нигде более не классифицируемое») выявил, что они применяются достаточно часто (больше пользователями DSM, чем МКБ-10), хотя довольно значимое меньшинство респондентов (около 32% пользователей МКБ-10 и 27% пользователей DSM) обходится вовсе без них. Судя по результатам опроса, они применяются в основном по назначению: три наиболее часто названные причины использования остаточных категорий являются вполне правомочными (симптомы пациента не соответствуют ни одной из более конкретных категорий; недостаточно информации для постановки более точного диагноза; невозможно определить, является состояние первичным или вторичным).

Можно было предположить, что пользователи DSM чаще, чем пользователи МКБ, обращаются к остаточным категориям потому, что МКБ имеет больший диагностический охват, т. е. категории определены более широко и вероятность, что пациент попадет под их описание, выше, чем в случае DSM, где категории более узкие. Однако распространенность причины, на которой бы это отразилось (а именно – «симптомы пациента не соответствуют ни одной из более конкретных категорий») была в обеих группах одинаковой. Единственная причина, которую пользователи МКБ называли чаще, чем пользователи DSM, – состояние пациента удовлетворяет критериям одновременно нескольких категорий из одной группы – не вполне правомерна, поскольку, согласно правилам пользования и МКБ, и DSM, в таких случаях необходимо указывать одновременно несколько диагнозов.

Главные преимущества данного исследования, во-первых, в том, что предъявленные участникам вопросы были направлены именно на особенности использования классификаций, а не просто имели целью получить мнение о них; а во-вторых – в привлечении специалистов по всему миру, из стран с разным уровнем дохода, говорящих на разных языках, которые составили разнородную выборку. Все участники подтвердили, что они регулярно устанавливают диагнозы в своей клинической практике.

Основное ограничение опроса заключается в том, что выборка недостаточно репрезентативна относительно всего сообщества специалистов в области психического здоровья, поскольку ВСКП изначально создавалась для специалистов, которые будут участвовать в испытаниях диагностических классификаций, и логично предположить,

что вошедшие в ее состав лица пользуются классификациями чаще и проявляют большую заинтересованность в вопросе, чем среднестатистический врач. Таким образом, полученную высокую частоту обращения к руководству или критериям, чтобы удостовериться, соответствует ли им пациент, может быть, неправомерно распространять на всех специалистов, поскольку уровень заинтересованности в классификациях среди них различается. Однако эта проблема касается всех подобных опросов: даже если участники выбираются случайно; как правило, те немногие, кто соглашается поучаствовать, делают это именно потому, что сами заинтересованы в теме опроса.

Кроме того, при ответах на некоторые вопросы респонденты могут быть подвержены эффекту социальной желательности, т. е. пытаться представить свою работу в лучшем свете.

## ВЫВОДЫ

Если бы подтвердилось общепринятое мнение, что использование МКБ и DSM клиницистами сводится к формулированию и кодированию диагнозов, все потенциальные усилия по усовершенствованию диагностических руководств МКБ и критериев DSM принесли бы мало пользы в клинической практике. Но, хотя члены ВСКП обозначили участие в проекте свою позицию большей заинтересованности в классификациях, чем среднестатистические врачи, результаты опроса все же показывают, что классификации применяются в реальной клинической практике, а значит, их переработка и усовершенствование с большой вероятностью на нее повлияют.

Поскольку методика самоопросника имеет некоторые ограничения в изучении фактического поведения, в будущем целесообразно применить и другие подходы<sup>2,3</sup>, такие как, например, непосредственное наблюдение в клинических условиях. Такое исследование поможет не только улучшить классификационные системы, но и повысить их применимость в качестве связующего звена между клинической практикой и теоретическими знаниями.

## 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;10:86-93.
2. First M, Pincus H, Levine J et al. Clinical utility as a criterion for revising psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry* 2004;161:946-54.
3. First MB, Bhat V, Adler D et al. How do clinicians actually use the DSM in clinical practice and why we need to know more. *J Nerv Ment Dis* 2014; 202:841-4.
4. Reed GM, Correia JM, Esparza P et al. The WPA-WHO global survey of psychiatrists' attitudes towards mental disorders classification. *World Psychiatry* 2011;10:118-31.
5. Evans SC, Reed GM, Roberts MC et al. Psychologists' perspectives on the diagnostic classification of mental disorders: results from the WHOIUPsyS Global Survey. *Int J Psychology* 2013;48:177-93.
6. Maj M. The media campaign on the DSM-5: recurring comments and lessons for the future of diagnosis in psychiatric practice. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2015;24:197-202.
7. Jampala V, Sierles F, Taylor M. Consumers' views of DSM-III: attitudes and practices of U.S. psychiatrists and 1984 graduating psychiatric residents. *Am J Psychiatry* 1986;143:148-53.
8. Jampala V, Sierles F, Taylor M. The use of DSM-III in the United States: a case of not going by the book. *Compr Psychiatry* 1988;29:39-47.
9. Mezzich JE. International surveys on the use of ICD-10 and related diagnostic systems. *Psychopathology* 2002;35:72-5.
10. Someya T, Takahashi M, Takahashi S. Is DSM widely accepted by Japanese clinicians? *Psychiatry Clin Neurosci* 2001;55:437-50.
11. Zimmerman M, Jampala VC, Sierles FS et al. DSM-III and DSM-III-R: what are American psychiatrists using and why? *Compr Psychiatry* 1993;34:365-74.

12. Mellsop GW, Dutu G, Robinson G. New Zealand psychiatrists views on global features of ICD-10 and DSM-IV. *Aust N Z J Psychiatry* 2007;41:157-65.
13. Mellsop GW, Banzato C, Shinfuku N et al. An international study of the views of psychiatrists on present and preferred characteristics of classifications of psychiatric disorders. *Int J Ment Health* 2007;36:17-25.
14. Suzuki Y, Takahashi T, Nagamine M et al. Comparison of psychiatrists' views on classification of mental disorders in four East Asian countries/areas. *Asian J Psychiatry* 2010;3:20-5.
15. Setterberg SR, Ernst M, Rao U et al. Child psychiatrists' views of DSM-III-R: a survey of usage and opinions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;30:652-8.
16. Reed GM. Toward ICD-11: improving the clinical utility of WHO's International Classification of Mental Disorders. *Prof Psychol Res Pr* 2010;41:457-64.
17. Reed GM, Rebello TJ, Pike KM et al. WHO's Global Clinical Practice Network for mental health. *Lancet Psychiatry* 2015;2:379-80.
18. Reed GM, First MB, Medina-Mora ME et al. Draft diagnostic guidelines for ICD-11 mental and behavioural disorders available for review and comment. *World Psychiatry* 2016;15:112-3.
19. Keeley JW, Reed GM, Roberts MC et al. Developing a science of clinical utility in diagnostic classification systems: field study strategies for ICD-11 Mental and Behavioural Disorders. *Am Psychol* 2016;71:3-16.
20. First MB, Reed GM, Hyman SE et al. The development of the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders. *World Psychiatry* 2015;14:82-90.
21. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992.
22. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders – Diagnostic Criteria for Research. Geneva: World Health Organization, 1993.
23. World Health Organization. ICD-10 Version: 2016 Chapter V Mental and Behavioural Disorders. <http://apps.who.int/classifications/icd10>
24. World Health Organization. Mental Health Atlas. Geneva: World Health Organization, 2014.
25. Widiger T, Clark LA. Towards DSM-IV and the classification of psychopathology. *Psychol Bull* 2000;126:946-63.
26. Jablensky A. Psychiatric classification: validity and utility. *World Psychiatry* 2016;15:26-31.

DOI:10.1002/wps.20525