

## Библиография

1. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. World Psychiatry 2011;10:86-92.
2. Krueger RF, Markon KE. Annu Rev Clin Psychol 2014;10:477-501.
3. Tyrer P, Crawford M, Mulder R et al. Personal Ment Health 2011;5:246-59.
4. Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. Lancet 2015;385:717-26.

5. Herpertz SC, Huprich SK, Bohus M et al. J Pers Disord 2017;31:577-89.
6. Hopwood SJ, Kotov R, Krueger RF et al. Personal Ment Health 2018;12:82-6.
7. Sharp C, Wright AGC, Fowler JC et al. J Abnorm Psychol 2015;124:387-98.
8. Williams TF, Scalco MD, Simms LJ. Psychol Med 2018;48:834-84.
9. Clarkin JF, Lenzenweger MF, Yeomans F et al. J Pers Disord 2007;21:474-99.

DOI:10.1002/wps.20533

# Нейрокогнитивные расстройства в МКБ-11: дебаты и их результаты

В МКБ-11 в главы «06. Психические, поведенческие или нейроонтогенетические расстройства» и «08. Заболевания нервной системы» включают соответственно группы «Нейрокогнитивные расстройства» и «Расстройства с преобладанием нейрокогнитивных нарушений». Озабоченность по поводу «неверного» распределения деменций в диагностической системе породила множество критических реакций профессионалов в области психического здоровья, которые ожидали неблагоприятных последствий в отношении лечения и ухода при таком подходе. Здесь мы обобщаем предпосылки и последствия этих реакций коллег.

В конце 2016 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) перенесла категории деменции (вопреки традиционному расположению в МКБ-10 – F00-F03) из главы 06 в главу 08 проекта МКБ-11. На этом этапе, последовавшем за предложением Консультативной группы по вопросам неврологии, протестные замечания были выдвинуты примерно двумя десятками национальных и международных научных ассоциаций, относящихся, в основном, к областям психиатрии, психологии и другим службам психического здоровья. В начале 2017 г. ВОЗ внесла правки в предшествовавший вариант и перенесла категории деменции в главу 06.

Насколько рациональным был этот перенос? Согласно руководству по применению МКБ-11, принципами «распределения объектов» являются «сохранение структурной и функциональной целостности» классификации и «сохранение согласованности с предыдущими версиями». Классификация должна изменяться только при наличии «сильного обоснования», а категории должны оставаться на «привычном месте» в тех случаях, когда они «могут быть расположены в двух и более местах».

Такие нейрокогнитивные расстройства, как деменция, вызванная болезнью Альцгеймера, классифицируются в МКБ-10 в соответствии с системой крестика-звездочки, когда клинические проявления располагаются в главе F (F00\*), а этиология – в главе G (G30†). В МКБ-11, соответствуя принципу «привычного места», деменция, обусловленная болезнью Альцгеймера, по-прежнему должна классифицироваться как в главе 06 («расстройства»), когда речь идет о проявлениях, так и в главе 08 («заболевания»), когда речь идет об этиологии, в соответствии с новым посткоординационным шифрованием.

Несмотря на расширение знаний об этиопатогенезе и биомаркерах, деменции обычно диагностируются клинически и классифицируются в соответствии с проявлениями. Предложение перенести их в главу 08 может либо ввести в заблуждение относительно терминологии, либо быть неправильно истолковано ВОЗ, хотя конечная цель классификации субъектов болезни – в первую очередь основываться на этиологии и дисфункции систем, а не только на клинических проявлениях. Вопреки крылатому выражению Griesinger, что «психические заболевания – это болез-

ни мозга», и несмотря на высокую частоту признаний дисфункции мозга и их большую важность, большинство «психических» расстройств нельзя рассматривать только как «мозговые расстройства» или заболевания, в основе которых лежит исключительно патология головного мозга.

Аргументы против перемещения деменций в главу 08 касались административных вопросов ВОЗ (это противоречит совместным рекомендациям консультативных групп в области психического здоровья и неврологии), концептуальных и методологических вопросов (отсутствие доказательств в пользу перемещения; необходимость биопсихосоциального подхода в общей концепции ухода), лечения и оказания услуг (результатом является ограничение доступности медицинской помощи; преимущественная важность нейрофизиологических, а не биомедицинских мероприятий в вопросах терапии и ухода), профессиональных и междисциплинарных вопросов (межнациональные различия в подготовке специалистов, но преимущественно важная роль психиатров в вопросах лечения и ухода; важность сохранения баланса между дисциплинами), экономических вопросов (проблемы с возмещением финансов страховыми компаниями в некоторых странах, которые возникнут, если деменция будет исключена из раздела психических и поведенческих расстройств), психопатологических вопросов (поведенческие симптомы не относятся к «неврологии», но являются основной проблемой пациентов и лиц, осуществляющих уход, и, следовательно, основное внимание акцентируется на их лечении), а также классификационных аналогий в МКБ-11 (например, главы, касающиеся сердечно-сосудистых, инфекционных и эндокринных заболеваний).

По итогам обсуждения ВОЗ вернула деменции к психическим расстройствам в главу 06, что согласуется с МКБ-10 и DSM-5. В нейрокогнитивном разделе главы 08 охватываются только «заболевания», например болезнь Альцгеймера, которая может сопровождаться посткоординационным кодированием «6E00 Деменция, обусловленная болезнью Альцгеймера». По итогам комментариев Японского общества психиатров и неврологов (JSPN), Ассоциации психиатров и психотерапевтов Германии, а также Американской психиатрической ассоциации теперь также имеются варианты посткоординационного кодирования для «6D91 Нейрокогнитивное расстройство легкой степени» (F06.7 в МКБ-10), которое может быть ассоциировано с любым заболеванием в главе 08 или с заболеваниями, классифицированными в других разделах.

Другим предложением JSPN было внедрение спецификаций для поведенческих симптомов, относящихся к диагнозу деменции, поскольку они являются значимыми для пациентов и лиц, осуществляющих уход. Оно было реализовано ВОЗ в рамках «6E20 Поведенческие или психологические нарушения при деменции».

В заключение необходимо добавить, что мы стали свидетелями успешных результатов всемирного интерактивного процесса по классификации нейрокогнитивных расстройств с учетом их клинической значимости<sup>2</sup>, прошедшего при участии ВОЗ. Чтобы не отстать от постоянно развивающейся науки, МКБ-11 будет нуждаться в адаптации: например, считаться с прогрессом в области доклинической классификации деменции, вызванной болезнью Альцгеймера, и диагностики, основанной на биомаркерах<sup>3</sup>.

Позиции, выражаемые в этом письме, являются авторскими и не представляют официальную политику или позицию ВОЗ.

**Wolfgang Gaebel<sup>1,2</sup>, Frank Jessen<sup>3,4</sup>, Shigenobu Kanba<sup>5,6</sup>**

<sup>1</sup>Department of Psychiatry and Psychotherapy, Medical Faculty, Heinrich-Heine University, Düsseldorf, Germany; <sup>2</sup>WHO Collaborating Centre on Quality Assurance and Empowerment in Mental Health, Düsseldorf, Germany; <sup>3</sup>Department of

Psychiatry, Medical Faculty, University of Cologne, Cologne, Germany; <sup>4</sup>German Center for Neurodegenerative Diseases, Bonn, Germany; <sup>5</sup>Department of Neuropsychiatry, Kyushu University, Fukuoka, Japan; <sup>6</sup>Japanese Society of Psychiatry and Neurology, Tokyo, Japan

Перевод: Кацубо Е.М. (Ростов-на-Дону)

Редактура: к.м.н. Федотов И.А. (Рязань)

(World Psychiatry 2018;17(2):229-230)

## Библиография

1. Griesinger W. Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Ärzte und Studierende, Vol.1. Stuttgart: Krabbe, 1845.
2. Reed GM. Prof Psychol Res Pr 2010;41:457-64.
3. Dubois B, Hampel H, Feldman HH et al. Alzheimers Dement 2016;12:292-323.

DOI:10.1002/wps.20534

# Цифровые технологии в области психического здоровья: уроки разработки приложения «Actissist» и результаты исследования

Серьезным проблемам в области психического здоровья зачастую свойственны рецидивы, в то время как своевременный доступ к медицинской помощи остается затрудненным<sup>1</sup>. В рамках существующих систем здравоохранения оказание помощи путем назначения встреч с врачом по записи может привести к тому, что ранние признаки обострения заболевания будут упущены из виду или замечены слишком поздно. С учетом необходимости новаторских, быстрых и эффективных решений проблем улучшения своевременности и качества оказания помощи во всем мире разрабатываются цифровые технологии<sup>2</sup>.

Основываясь на когнитивной модели психоза, после продолжительного периода совместного обсуждения с пациентами и другими причастными лицами, мы разработали Actissist<sup>3</sup>, приложение для смартфонов, нацеленное на выявление симптомов на ранних этапах развития психоза. Actissist использует диалоги с вопросами и ответами с разветвленным дизайном и предоставляет пользователям обратную связь, анализируя их когнитивные функции и поведение на основании информации, которая была введена в приложение. Приложение также содержит меню мультимедийных опций (например, ссылки на внешние сайты, сообщения о пациенте, сеансы релаксации), предназначенных для дополнения и получения обратной связи.

Для доказательства эффективности данной концепции в рамках простого слепого рандомизированного контролируемого исследования 36 пациентов с первым психотическим эпизодом были распределены случайным образом в две группы. Первая группа (n=24) использовала Actissist и получала стандартное лечение, пациенты второй группы (n=12) пользовались приложением для мониторинга симптомов ClinTouch<sup>4</sup> и получали стандартное лечение в течение 12 недель. На 12-й и 22-й неделе экспертами проводилась «ослепленная» оценка состояния. Пациенты набирались в исследование в течение 7 месяцев в нескольких центрах по лечению первого психотического эпизода на северо-западе Англии.

В исследовании приняли участие почти две трети (36/59; 64,4%) упомянутых выше лиц. Мы обнаружили, что Actissist оказался простым в использовании (75% участников использовали его по крайней мере один раз в день в течение 12-недельного периода, 97% участников прошли исследова-

ние до конца), приемлемым для пациентов (90% участников заявили, что будут рекомендовать Actissist другим пользователям с аналогичными проблемами) и безопасным (не было выявлено никаких серьезных побочных эффектов, связанных с исследованием). Спустя 12 недель лучший эффект от лечения отмечался в группе, использовавшей Actissist, при этом размер стандартного D-эффекта Коэна для суммарного балла по PANSS составил 20,85 (95% ДИ 21,44–20,25) и 20,65 (95% ДИ 21,28–20,02) для суммарного балла по шкале депрессии Калгари при шизофрении.

Следующим этапом является тестирование Actissist в рандомизированном контролируемом исследовании (РКИ) с более крупными выборками. Однако в настоящее время существует несколько значимых трудностей как для проведения стандартных РКИ в этой области, так и при внедрении цифровых технологий в повседневную медицинскую практику.

В рамках РКИ изучаемый вид вмешательства является «фиксированным» на момент начала исследования, и его изменения не допускаются в период проведения исследования. Для многих исследуемых препаратов или комплексных вмешательств такой подход разумен. Однако он весьма проблематичен для компьютерных программ из-за высоких темпов развития технологий. «Фиксация» цифровой технологии на начальном этапе может привести к тому, что она окажется устаревшей к моменту получения результатов исследований. Одним из возможных решений этой проблемы могут быть дополнительные обновления, предназначенные для систематической и эффективной оптимизации программы<sup>5</sup>.

Кроме того, успех цифровых технологий определяется не только спросом у пациентов, в конечном итоге он будет определяться и пациентами, и персоналом, так как и те, и другие являются ключевыми конечными пользователями. Мы обнаружили, что специалисты в области психического здоровья и пациенты часто выражают обеспокоенность по поводу безопасности данных и риска их утечки при обработке данной информации<sup>6</sup>. Тем не менее, согласно утверждениям авторитетных и надежных организаций, пациенты признают ценность компьютерных технологий в повышении доступности медицинских услуг и воспринимают такой подход не только как стигматизирующий, но и как способствующий получению качественной медицинской помощи. Возможно, самое главное состоит в том, что пациенты