

Клиническая полезность диагностических руководств МКБ-11 в отношении расстройств с тяжелым бременем болезни: результаты, полученные в медицинских учреждениях психиатрического профиля 13 стран

Geoffrey M. Reed^{1,2}, Jared W. Keeley³, Tahilia J. Rebello^{4,4}, Michael B. First^{1,4}, Oye Gureje⁵, José Luis Ayuso-Mateos⁶, Shigenobu Kanba⁷, Brigitte Khoury⁸, Cary S. Kogan⁹, Valery N. Krasnov¹⁰, Mario Maj¹¹, Jair de Jesus Mari¹², Pratap Sharan¹³, Dan J. Stein¹⁴, Min Zhao¹⁵, Tsuyoshi Akiyama¹⁶, Howard F. Andrews^{1,4,17}, Elson Asevedo¹², Majda Cheour¹⁸, Tecelli Domínguez-Martínez^{2,19}, Joseph El-Khoury⁸, Andrea Fiorillo¹¹, Jean Grenier²⁰, Nitin Gupta²¹, Lola Kola⁵, Maya Kulygina¹⁰, Itziar Leal-Leturia⁶, Mario Luciano¹¹, Bulumko Lusu¹³, J. Nicolás I. Martínez-López², Chihiro Matsumoto²², Mayokun Odunleye²³, Lucky Umukoro Onofa²⁴, Sabrina Paterniti²⁵, Shivani Purnima¹³, Rebeca Robles², Manoj K. Sahu²⁶, Goodman Sibeko¹³, Na Zhong¹⁵, Wolfgang Gaebel²⁷, Anne M. Lovell²⁸, Toshimasa Maruta²⁹, Kathleen M. Pike¹, Michael C. Roberts³⁰, María Elena Medina-Mora²

¹Department of Psychiatry, Columbia University College of Physicians and Surgeons, New York, NY, USA; ²National Institute of Psychiatry Ramón de la Fuente Muñiz, Mexico City, Mexico; ³Department of Psychology, Virginia Commonwealth University, Richmond, VA, USA; ⁴New York State Psychiatric Institute, New York, NY, USA; ⁵Department of Psychiatry, University of Ibadan, Ibadan, Nigeria; ⁶Department of Psychiatry, Universidad Autonoma de Madrid; Instituto de Salud Carlos III, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM); Instituto de Investigación Sanitaria La Princesa, Madrid, Spain; ⁷Department of Neuropsychiatry, Kyushu University, Fukuoka City, Japan; ⁸Department of Psychiatry, American University of Beirut Medical Center, Beirut, Lebanon; ⁹School of Psychology, University of Ottawa, Ottawa, ON, Canada; ¹⁰Moscow Research Institute of Psychiatry, National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia; ¹¹Department of Psychiatry, University of Campania "L. Vanvitelli", Naples, Italy; ¹²Department of Psychiatry, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brazil; ¹³Department of Psychiatry, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi, India; ¹⁴Department of Psychiatry, University of Cape Town and South African Medical Research Council Unit on Risk and Resilience in Mental Disorders, Cape Town, South Africa; ¹⁵Shanghai Mental Health Center and Department of Psychiatry, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai, People's Republic of China; ¹⁶NTT Medical Center Tokyo, Tokyo, Japan; ¹⁷Department of Biostatistics, Columbia University College of Physicians and Surgeons, New York, NY, USA; ¹⁸Department of Psychiatry, Tunis Al Manar University and Al Razi Hospital, Tunis, Tunisia; ¹⁹Cátedras CONACYT, National Council for Science and Technology, Mexico City, Mexico; ²⁰Institut du Savoir Montfort - Hôpital Montfort & Université d'Ottawa, Ottawa, ON, Canada; ²¹Department of Psychiatry, Government Medical College and Hospital, Chandigarh, India; ²²Japanese Society of Psychiatry and Neurology, Tokyo, Japan; ²³Department of Psychiatry, University College Hospital, Ibadan, Nigeria; ²⁴Federal Neuropsychiatric Hospital Aro, Abeokuta, Nigeria; ²⁵Institute of Mental Health Research, Royal Ottawa Mental Health Centre, and Department of Psychiatry, University of Ottawa, Ottawa, ON, Canada; ²⁶Pt. Jawahar Lal Nehru Memorial Medical College, Raipur, Chhattisgarh, India; ²⁷Department of Psychiatry and Psychotherapy, Medical Faculty, Heinrich Heine University, Düsseldorf, Germany; ²⁸Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale U988, Paris, France; ²⁹Health Management Center, Seitoku University, Matsudo City, Japan; ³⁰Office of Graduate Studies and Clinical Child Psychology Program, University of Kansas, Lawrence, KS, USA

Перевод: Пальчикова Е.И. (Санкт-Петербург)

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

В статье освещается полезность диагностических рекомендаций МКБ-11 в клинической практике в отношении психических, поведенческих и нейроонтогенетических расстройств на основании данных 339 врачей по 1806 пациентам из 28 психиатрических учреждений 13 стран. Оценивающие врачи применяли рекомендации по шизофрении и другим основным расстройствам психотического уровня, аффективным расстройствам (депрессивному и биполярному), тревожным, фобическим расстройствам и расстройствам, ассоциированным со стрессом. В целом, оценка врачами клинической полезности предлагаемых диагностических рекомендаций МКБ-11 оказалась весьма положительной. Рекомендации оказались простыми в использовании, точно соответствовавшими клиническим проявлениям у больных, четкими и понятными, в достаточной мере детализированными, эффективно помогали отличать норму от патологии и различать расстройства между собой, а диагностика занимала столько же или меньше времени, чем в обычной практике врачей. Клиницисты сочли рекомендации более пригодными для взаимодействия с другими специалистами системы здравоохранения, нежели для подбора лечения и оценки прогноза, тем не менее общая оценка осталась положительной. Полевые исследования по оценке клинической полезности рекомендаций МКБ-11 ее предполагаемыми пользователями имеют очень большое значение. Классификация – это способ взаимодействия между случаями обращения за медицинской помощью и медицинскими информационными системами; если врачи сочтут ее бесполезной, то они вряд ли станут применять ее систематически и добросовестно. Это, в свою очередь, повлияет на достоверность получаемых данных по случаям обращений в медицинские учреждения, используемых для разработки стратегии здравоохранения и принятия решений. В целом, результаты этого исследования внушают оптимизм в отношении предполагаемого восприятия клиницистами всего мира клинической полезности МКБ-11.

Ключевые слова: Международная классификация болезней, МКБ-11, диагностика, психические расстройства, клиническая полезность, простота в использовании, критерий соответствия, подбор терапии, оценка прогноза.

(World Psychiatry 2018;17(3):306-315)

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) выпустила в свет Международную классификацию болезней и связанных с ней проблем здравоохранения 11-го пересмотра (МКБ-11) для стран-участниц с целью подготовки к ее внедрению¹. Новая классификация будет представлена для утверждения руководящим органом ВОЗ, Всемирной ассамблеей здравоохранения, в мае 2019 г.

Как мы уже писали ранее²⁻⁵, важным направлением для департамента ВОЗ по вопросам психического здоровья и химических аддикций в разработке главы МКБ-11 по психическим, поведенческим и нейроонтогенетическим расстройствам было улучшение ее клинической полезности.

С целью разработки классификации психических расстройств для МКБ ВОЗ определила, что показатель клинической полезности классификационной конструкции, категории или систем зависит от: а) ее коммуникативной функции (например, между врачами, пациентами, их семьями, организаторами здравоохранения); б) ее показателей внедрения в клиническую практику, в том числе по критерию соответствия (т. е. точности описания), простоте использования и времени, необходимом для ее использования (т. е. практическая применимость); в) ее полезности при выборе методов лечения и принятии решений о ведении пациентов². Данное определение отчасти основано на предложении М. First и соавт.^{6,7}.

В полевые исследования МКБ-10 были включены аналогичные критерии^{8,9}, в соответствии с которыми врачи оценивали классификацию: критерий соответствия, уверенность в выбранном диагнозе, простота постановки диагноза и адекватность диагностических рекомендаций для оцениваемых случаев.

В недавнем исследовании¹⁰ мы значительно расширили понятие клинической полезности, включив в него оценку полезности применительно к конкретным компонентам диагностического руководства, а также к конкретным его функциям (например, администрирование, установление диагноза, выбор метода лечения, взаимодействие, обучение).

Кроме того, департамент ВОЗ по вопросам психического здоровья и химических зависимостей провел крупную программную работу на местах, посвященную клинической полезности МКБ-11³. Эта программа исследований расширяет концепцию клинической полезности, которая включает точность и воспроизводимость диагнозов, поскольку диагнозы, которые не являются точными и надежными, вряд ли будут полезны.

Таким образом, в понятии «клиническая полезность» есть как субъективная, так и объективная составляющие, и они в некоторой степени перекрываются как с надежностью, так и с достоверностью². Клиническая полезность – это не просто вопрос предпочтений врачей. Тем не менее субъективная составляющая важна, поскольку клиницисты, которые не считают, что классификационная система предоставляет полезную и ценную информацию, вряд ли будут старательно ее применять, что приведет к снижению качества данных об обращениях по поводу здоровья, связанных с диагностикой.

Наконец, с целью повышения клинической полезности Департамент ВОЗ по вопросам психического здоровья и химических зависимостей сделал ряд существенных изменений в Клинических описаниях и рекомендациях по диагностике (Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines – CDDG) психических, поведенческих и нейроонтогенетических расстройств в МКБ-11 по сравнению с рекомендациями МКБ-10¹¹. CDDG – это версия МКБ, предназначенная для использования специалистами в области психического здоровья в клинических условиях. Многие изменения были направлены на достижение согласованности и единства диагностической информации по различным категориям⁴, что считалось недостатком CDDG МКБ-10. Чтобы клини-

ческое суждение было направлено в верное русло, были разработаны рекомендации по диагностике, сводящие к минимуму использование произвольных или псевдоточных подсчетов симптомов и пороговых значений, если они не имеют достаточной доказательной базы. Новое распределение по группам и категориям в МКБ-11 также должно быть более логичным и согласованным с представлениями клиницистов о психических расстройствах^{12,13}.

Данные, представленные в этом документе, были собраны в рамках полевого исследования МКБ-11 по определению достоверности диагностики психических расстройств с тяжелым бременем болезни, проведенного в 13 странах по всему миру. Основные результаты были опубликованы в этом журнале¹⁴, и, согласно им, надежность диагностических рекомендаций МКБ-11 получила оценку от умеренной до почти идеальной (0,45 до 0,88)¹⁵ и, как правило, превосходила надежность МКБ-10⁸. В настоящем документе основное внимание уделяется оценке клинической полезности диагностических рекомендаций с использованием шкалы, которая частично основана на понятии клинической полезности из полевого испытания МКБ-10, но в которой более полноценно реализовано определение клинической полезности ВОЗ.

МЕТОДЫ

Дизайн исследования и методы

Для оценки клинической полезности и надежности предложенных диагностических рекомендаций МКБ-11 были использованы два протокола исследования. В первом протоколе исследовались полезность и достоверность рекомендаций по шизофрении, основным психотическим расстройствам и расстройствам настроения, в то время как по Протоколу 2 исследовались расстройства настроения, тревожные, фобические расстройства и расстройства, связанные со стрессом.

Взрослые (≥ 18 лет) пациенты, обратившиеся за помощью в исследовательский центр и обнаруживающие какие-либо психотические симптомы, могли участвовать в Протоколе 1, тогда как другие совершеннолетние пациенты с психотическими расстройствами настроения, тревожно-фобической симптоматикой без психотических включений, проходящие лечение в учреждении – участнике исследования, могли участвовать в Протоколе 2. Потенциальные участники, удовлетворявшие данным критериям, исключались в том случае, если они не могли полноценно участвовать в диагностической оценке (например, по причинам языкового барьера или когнитивных нарушений).

Эти относительно нежесткие критерии отчасти объясняются желанием создать максимально естественные условия, при которых МКБ-11 будет внедряться в психиатрических учреждениях.

Протоколы исследования были внедрены в 28 учреждениях в 13 странах¹⁴. Для диагностической оценки всегда использовался местный язык. Клинические рекомендации МКБ-11, учебные материалы и все материалы для исследования были разработаны на английском языке, а затем переведены на четыре других языка: китайский, японский, русский и испанский. В Тунисе из всех материалов только клинические рекомендации были переведены на французский язык. В других странах, где английский не был местным языком (например, Бразилия, Италия), использовались англоязычные рекомендации и учебные материалы, а интервью проводились на местном языке, что позволяло создать натуралистичные условия применения МКБ-11 в будущем. Данные о процессе набора и обучения клиницистов, внедрении исследования, сборе данных и соблюдении этических норм были опубликованы ранее¹⁴.

Таблица 1. Опросник клинической полезности по данным всех стран – участниц исследования (n=3608)				
Основные вопросы клинической полезности				
Оцените, было ли диагностическое руководство, в целом, простым в использовании в отношении обследуемого пациента:				
Вовсе нет: 32 (0,9%)	Иногда: 556 (15,4%)	Часто: 2,471 (68,5%)	Очень часто: 549 (15,2%)	Часто + очень часто: 3020 (83,7%)
Были ли диагностические рекомендации точны и удовлетворяли ли критерию соответствия:				
Вовсе нет: 28 (0,8%)	Иногда: 604 (16,7%)	Часто: 2497 (69,2%)	Очень часто: 479 (13,3%)	Часто + очень часто: 2976 (82,5%)
Оцените, было ли диагностическое руководство, в целом, понятным в отношении обследуемого пациента:				
Вовсе нет: 14 (0,4%)	Иногда: 567 (15,7%)	Часто: 2473 (68,5%)	Очень часто: 554 (15,4%)	Часто + очень часто: 3027 (83,9%)
Реализация				
Оцените уровень детализации и специфичности критериев диагноза или диагнозов при обследовании пациента:				
Недостаточный: 148 (4,1%)	Достаточный: 3275 (90,8%)	Чрезмерный: 185 (5,1%)		
Было ли сложно использовать критерии в отношении обследуемого пациента (например, критерии чрезмерно опирались на память пациента или требовали описать временную взаимосвязь симптомов):				
Очень сложно: 35 (1,0%)	Иногда сложно: 518 (14,4%)	Вполне легко: 2752 (76,3%)	Вовсе не сложно: 303 (8,4%)	Вполне легко + вовсе не сложно: 3055 (84,7%)
Много ли времени у вас заняло обследование по основным критериям диагноза (диагнозов) пациента по сравнению с обычной практикой:				
Гораздо больше: 30 (0,8%)	Несколько больше: 472 (13,1%)	Столько же: 2669 (74,0%)	Меньше: 437 (12,1%)	
Дополнительные (конкретные) критерии				
Оцените, был ли полезен в отношении пациента раздел рекомендаций, в котором дифференцируются норма и патология:				
Вовсе нет: 78 (2,2%)	Иногда: 770 (21,3%)	Часто: 2304 (63,9%)	Очень часто: 456 (12,6%)	Часто + очень часто: 2760 (76,5%)
Оцените, был ли полезен в отношении пациента раздел рекомендаций, в котором дифференцируется диагноз пациента с другими расстройствами (раздел дифференциальной диагностики):				
Вовсе нет: 49 (1,4%)	Иногда: 762 (21,1%)	Часто: 2322 (64,4%)	Очень часто: 475 (13,2%)	Часто + очень часто: 2797 (77,5%)
Специальные цели				
Было ли диагностическое руководство полезно для подбора лечения:				
Вовсе нет: 70 (1,9%)	Иногда: 887 (24,6%)	Часто: 2223 (61,6%)	Очень часто: 428 (11,9%)	Часто + очень часто: 2651 (73,5%)
Было ли диагностическое руководство полезно для оценки прогноза расстройства:				
Вовсе нет: 83 (2,3%)	Иногда: 1055 (29,2%)	Часто: 2104 (58,3%)	Очень часто: 597 (16,5%)	Часто + очень часто: 2813 (78,0%)
Было ли диагностическое руководство полезным для общения о пациенте с коллегой или другим специалистом здравоохранения:				
Вовсе нет: 49 (1,4%)	Иногда: 746 (20,7%)	Часто: 2216 (61,4%)	Очень часто: 597 (16,5%)	Часто + очень часто: 2814 (78,0%)
Было ли диагностическое руководство полезным в плане психообразования пациента и его родственников:				
Вовсе нет: 52 (1,4%)	Иногда: 884 (24,5%)	Часто: 2236 (62,0%)	Очень часто: 436 (12,1%)	Часто + очень часто: 2672 (74,1%)

После подписания информированного согласия пациентов опрашивали два клинициста, с которыми у них ранее не было какого-либо контакта. Один из врачей исполнял роль основного интервьюера, а второй был наблюдателем. В конце интервью наблюдателю было позволено задать дополнительные вопросы. Основываясь на собеседовании, клиницисты по отдельности формулировали диагноз, состоящий максимум из трех отдельных диагностических единиц. Диагнозы были неиерархическими (т. е. не обозначался основной и второстепенные) и могли быть из любой диагностической категории психических, поведенческих и нейроонтогенетических расстройств в МКБ-11. Участвующие клиницисты могли также устанавливать непсихиатрические диагнозы или не ставить диагноз вообще.

После формулирования диагноза клиницистам было предложено двенадцать подробных вопросов о клинической полезности диагностических рекомендаций применительно к обследуемому пациенту. К ним относились: основные

вопросы клинической полезности (простота использования, критерий соответствия, ясность, понятность), вопросы о характеристиках реализации клинических рекомендаций (уровень детализованности, выполнимость требований оценки, необходимое время), вопросы об использовании конкретных разделов (границах между патологией и нормой, дифференциальной диагностике) и об эффективности рекомендаций в конкретных целях (выбор лечения, оценка прогноза расстройства, коммуникация с другими специалистами, психообразование пациентов и их родственников). Конкретные формулировки вопросов и категории ответов типа Ликерта для каждого вопроса приведены в табл. 1.

Клиницисты предоставили оценки клинической полезности для конкретных диагностических категорий, входящих в Протоколы 1 и 2, т. е. для шизофрении и других расстройств психотического уровня, расстройств настроения (включая депрессивные и биполярные расстройства), тревожных, фобических и связанных со стрессом рас-

Таблица 2. Демографическая картина пациентов по странам														
Показатель	Всего (n=1806)	Бразилия (n=100)	Канада (n=53)	Китай (n=203)	Индия (n=209)	Италия (n=100)	Япония (n=168)	Ливан (n=103)	Мексика (n=153)	Нигерия (n=132)	Россия (n=104)	Южная Африка (n=208)	Испания (n=70)	Тунис (n=203)
Возраст, годы (среднее±СО)	39,9±13,7	32,9±9,6	39,8±14,2	43,9±15,6	36,5±11,4	41,4±11,2	47,0±15,1	36,4±12,5	38,1±13,0	37,5±12,2	36,3±11,7	35,1±11,0	52,0±16,2	43,2±12,6
Пол, n (%):														
мужской	908 (50,3)	62 (62,0)	19 (35,8)	123 (60,6)	120 (57,4)	50 (50,0)	72 (42,9)	38 (36,9)	48 (31,4)	65 (49,2)	44 (42,3)	133 (63,9)	26 (37,1)	108 (53,2)
женский	897 (49,7)	38 (38,0)	33 (62,3)	80 (39,4)	89 (42,6)	50 (50,0)	96 (57,1)	65 (63,1)	105 (68,6)	67 (50,8)	60 (57,7)	75 (36,1)	44 (62,9)	95 (46,8)
Семейное положение, n (%):														
холост/не замужем	992 (54,9)	81 (81,0)	22 (41,5)	110 (54,2)	66 (31,6)	71 (71,0)	77 (45,8)	68 (66,0)	91 (59,5)	68 (51,5)	65 (62,5)	167 (80,3)	28 (40,0)	78 (38,4)
в браке/сожительство	597 (33,1)	12 (12,0)	17 (32,1)	75 (36,9)	133 (63,6)	19 (19,0)	64 (38,1)	20 (19,4)	42 (27,5)	41 (31,1)	22 (21,2)	25 (12,0)	28 (40,0)	99 (48,8)
в разлуке/в разводе	177 (9,8)	6 (6,0)	13 (24,5)	15 (7,4)	4 (1,9)	7 (7,0)	21 (12,5)	15 (14,6)	20 (13,1)	18 (13,6)	13 (12,5)	13 (6,3)	9 (12,9)	23 (11,3)
вдовья	40 (2,2)	1 (1,0)	1 (1,9)	3 (1,5)	6 (2,9)	3 (3,0)	6 (3,6)	0	0	5 (3,8)	4 (3,8)	3 (1,4)	5 (7,1)	3 (1,5)
Занятость, n (%):														
полная	403 (22,3)	4 (4,0)	14 (26,4)	47 (23,2)	69 (33,0)	11 (11,0)	26 (15,5)	16 (15,5)	17 (11,1)	41 (31,1)	22 (21,2)	22 (10,6)	26 (37,1)	88 (43,3)
неполная	142 (7,9)	5 (5,0)	6 (11,3)	3 (1,5)	12 (5,7)	9 (9,0)	14 (8,3)	11 (10,7)	31 (20,3)	11 (8,3)	6 (5,8)	8 (3,8)	3 (4,3)	23 (11,3)
безработный	1009 (55,9)	76 (76,0)	30 (56,6)	80 (39,4)	110 (52,6)	74 (74,0)	109 (64,9)	66 (64,1)	79 (51,6)	64 (48,5)	53 (51,0)	167 (80,3)	20 (28,6)	81 (39,9)
обучающийся	136 (7,5)	6 (6,0)	4 (7,5)	15 (7,4)	15 (7,2)	4 (4,0)	10 (6,0)	15 (14,6)	30 (19,6)	10 (7,6)	7 (6,7)	12 (5,8)	2 (2,9)	6 (3,0)
пенсионер	152 (8,4)	10 (10,0)	1 (1,9)	62 (30,5)	3 (1,4)	2 (2,0)	15 (8,9)	0	5 (3,3)	8 (6,1)	18 (17,3)	0	22 (31,4)	6 (3,0)
Условия лечения, n (%):														
амбулаторные	801 (44,4)	82 (82,0)	53 (100)	0	122 (58,4)	67 (67,0)	48 (28,6)	14 (13,6)	135 (88,2)	84 (63,6)	4 (3,8)	0	49 (70,0)	143 (70,4)
стационарные	994 (55,0)	18 (18,0)	0	203 (100)	87 (41,6)	33 (33,0)	120 (71,4)	89 (86,4)	17 (11,1)	48 (36,4)	91 (87,5)	207 (99,5)	21 (30,0)	60 (29,6)
другое	11 (0,6)	0	0	0	0	0	0	0	1 (0,7)	0	9 (8,7)	1 (0,5)	0	0

стройств. Если конкретному пациенту было поставлено более одного диагноза из этих категорий, то клиническая полезность оценивалась для каждого из них.

Участники

В общей сложности в осуществлении исследования в качестве оценивающих клиницистов поучаствовали 339 врачей из 28 медицинских учреждений в 13 странах. Средний возраст составил 37,2±8,3 года, и он был сопоставим в разных странах. Среди клиницистов незначительно преобладали врачи мужского пола (56,6%). Подавляющее большинство врачей в исследовании были психиатрами (93,2%), но был и также небольшой процент психологов (3,8%), медсестер (1,5%) и других специалистов из сферы здравоохранения (1,5%). Опыт работы врача составил в среднем 7,6±7,5 года стажа с момента окончания обучения (включая аспирантуру).

Как показано в табл. 2, в исследовании по Протоколу 1 (n=1,041) или Протоколу 2 (n=765) участвовало 1806 пациентов. Средний возраст участвующих пациентов составил 39,9±13,7 года и был сопоставим в разных странах. Общая выборка пациентов имела равное распределение по полу. Большинство пациентов (54,9%) были холосты; 33,1% – женаты / сожительствовали с партнером, 9,8% – разведены или проживали раздельно, а 2,2% были вдовцами. Более половины (55,9%) пациентов в общей выборке были безра-

ботными, и только 22,3% работали полный рабочий день. Несколько преобладали пациенты стационарного звена (55,0%), остальные были в основном амбулаторными (44,4%). Небольшая часть пациентов (0,6%) проходили лечение в других условиях, например в дневном стационаре.

Сбор и обработка данных

Клиницисты вводили данные собеседования в электронную систему полевого исследования (Electronic Field Study System – EFSS), защищенную виртуальную базу данных, разработанную с использованием программного обеспечения Qualtrics™ (Provo, UT, США), доступную на всех пяти языках обучения. Данные исследовательских центров хранились и управлялись централизованно Центром координации данных (Data Coordinating Center – DCC) в Колумбийском университете.

Качество данных контролировалось путем постоянного мониторинга процедур сбора данных местной исследовательской группой каждого учреждения и с помощью запрограммированных функций в Qualtrics™, таких как «принудительный ответ» и проверка валидности данных. Это обеспечивало стандартизированный, однородный сбор данных во всех учреждениях. Исследовательские группы учреждений сохраняли заметки обо всех ошибках ввода данных, которые были обнаружены во время процесса, и эта информация была передана в DCC для исправления.

Таблица 3. Клиническая полезность по трем основным показателям по странам

Простота использования					
	Вовсе нет	Иногда	Часто	Очень часто	Часто + очень часто
Бразилия (n=200)	4 (2,0%)	30 (15,0%)	125 (62,2%)	41 (20,5%)	166 (83,0%)
Канада (n=106)	0	19 (17,9)	71 (67,0%)	16 (15,1%)	87 (82,1%)
КНР (n=405)	3 (0,7%)	62 (15,3%)	306 (75,6%)	34 (8,4%)	340 (84,0%)
Индия (n=418)	3 (0,7%)	46 (11,0%)	291 (69,6%)	78 (18,7%)	369 (88,3%)
Италия (n=200)	0	13 (6,5%)	125 (62,5%)	62 (31,0%)	187 (93,5%)
Япония (n=336)	13 (3,9%)	161 (47,9%)	147 (43,8%)	15 (4,5%)	162 (48,2%)
Ливан (n=206)	1 (0,5%)	15 (7,3%)	147 (71,4%)	43 (20,9%)	190 (92,2%)
Мексика (n=306)	1 (0,5%)	25 (8,2%)	213 (69,6%)	67 (21,9%)	280 (91,5%)
Нигерия (n=264)	0	13 (4,9%)	185 (70,1%)	66 (25,0%)	251 (95,1%)
Россия (n=208)	0	25 (12,0%)	166 (79,8%)	17 (8,2%)	183 (88,0%)
Испания (n=140)	0	3 (2,1%)	133 (95,0%)	4 (2,8%)	137 (97,9%)
ЮАР (n=413)	3 (0,7%)	25 (6,1%)	303 (73,4%)	82 (19,9%)	385 (93,2%)
Тунис (n=406)	4 (1,0%)	119 (29,3%)	259 (63,8%)	24 (5,9%)	283 (69,7%)
Критерий соответствия					
	Вовсе нет	Иногда	Часто	Очень часто	Часто + очень часто
Бразилия (n=200)	6 (3,0%)	31 (15,5%)	120 (60,0%)	43 (21,5%)	163 (81,5%)
Канада (n=106)	1 (0,9%)	28 (26,4%)	63 (59,4%)	14 (13,2%)	77 (72,6%)
КНР (n=405)	4 (1,0%)	58 (14,3%)	293 (72,3%)	50 (12,3%)	343 (84,6%)
Индия (n=418)	3 (0,7%)	49 (11,7%)	293 (70,1%)	73 (17,5%)	366 (87,6%)
Италия (n=200)	0	11 (5,5%)	123 (61,5%)	66 (33,0%)	189 (94,5%)
Япония (n=336)	7 (2,1%)	168 (50,0%)	149 (44,3%)	12 (3,6%)	161 (47,9%)
Ливан (n=206)	1 (0,5%)	20 (9,7%)	139 (67,5%)	46 (22,3%)	185 (89,8%)
Мексика (n=306)	2 (0,7%)	37 (12,1%)	209 (68,3%)	58 (19,0%)	267 (87,3%)
Нигерия (n=264)	0	22 (8,3%)	195 (73,9%)	47 (17,8%)	242 (91,7%)
Россия (n=208)	0	28 (13,5%)	162 (77,9%)	18 (8,7%)	180 (86,5%)
Испания (n=140)	0	7 (5,0%)	127 (90,7%)	6 (4,3%)	133 (95,0%)
ЮАР (n=413)	2 (0,5%)	27 (6,5%)	360 (87,2%)	24 (5,8%)	384 (93,0%)
Тунис (n=406)	2 (0,5%)	118 (29,1%)	264 (65,0%)	22 (5,4%)	286 (70,4%)
Понятность					
	Вовсе нет	Иногда	Часто	Очень часто	Часто + очень часто
Бразилия (n=200)	1 (0,5%)	20 (10,0%)	141 (70,5%)	38 (19,0%)	179 (89,5%)
Канада (n=106)	0	18 (17,0%)	65 (61,3%)	23 (21,7%)	88 (83,0%)
КНР (n=405)	2 (0,5%)	55 (13,6%)	296 (73,1%)	52 (12,8%)	348 (85,9%)
Индия (n=418)	2 (0,5%)	51 (12,2%)	281 (67,2%)	84 (20,1%)	365 (87,3%)
Италия (n=200)	0	7 (3,5%)	115 (57,5%)	78 (39,0%)	193 (96,5%)
Япония (n=336)	5 (1,5%)	164 (48,8%)	154 (45,8%)	13 (3,9%)	167 (49,7%)
Ливан (n=206)	0	22 (10,7%)	147 (71,4%)	37 (18,0%)	184 (89,3%)
Мексика (n=306)	1 (0,3%)	25 (8,2%)	214 (69,9%)	66 (21,6%)	280 (91,5%)
Нигерия (n=264)	0	17 (6,4%)	191 (72,3%)	56 (21,2%)	247 (93,6%)
Россия (n=208)	0	26 (12,5%)	159 (76,4%)	23 (11,1%)	182 (87,5%)
Испания (n=140)	0	6 (4,3%)	127 (90,7%)	7 (5,0%)	134 (95,7%)
ЮАР (n=413)	1 (0,5%)	32 (7,7%)	328 (79,4%)	52 (12,6%)	380 (92,1%)
Тунис (n=406)	2 (0,5%)	124 (30,5%)	255 (62,8%)	25 (6,2%)	280 (69,0%)

Анализ данных

В сумме 339 клиницистов провели 3608 оценок клинической полезности. Поскольку на каждого пациента приходилось по два клинициста, число оценок было вдвое больше, чем число пациентов (n=1806, см. табл. 1), но в четырех случаях для пациентов была доступна только одна оценка клинической полезности.

Клиницисты оценивали все 12 показателей клинической полезности. Чтобы продемонстрировать общий рейтинг положительных ответов, ответы «Часто» и «Очень часто» были объединены, где это было уместно (см. табл. 1). Была подсчитана разница оценок клинической полезности по

странам (не все было опубликовано, материалы доступны по запросу у авторов) и сопоставлена клиническая полезность пяти наиболее часто используемых диагнозов.

Для анализа достоверности коэффициенты каппа были рассчитаны с использованием 95% бутстрэп-доверительных интервалов с 1000-кратным ресамплингом (увеличением случаев) для каждой страны. Коэффициенты надежности рассчитывались только для наиболее распространенных диагнозов в рамках исследования (n≥130), чтобы максимизировать вероятность наличия достаточного количества диагнозов внутри страны для оценки каппа. Для этих же диагнозов была рассчитана клиническая полезность.

Таблица 4. Соотношение достоверности (общее ратерное соглашение, представленное межклассовой каппой) и 95% бутстрэп-доверительный интервал (ДИ) для пяти наиболее часто встречающихся диагнозов по странам					
Каппа (95% ДИ)					
Страна	Шизофрения	Шизоаффективное расстройство	БАР 1-го типа	Депрессивный эпизод	Рекуррентное депрессивное расстройство
Бразилия (n=100)	0,61 (0,39–0,79)	0,45 (0,14–0,73)	85 (0,56–10,00)	0,43 (0,03–0,78)	–
Канада (n=53)	–	–	–	0,65 (0,30–0,90)	0,85 (0,68–0,96)
КНР (n=203)	0,96 (0,92–0,99)	–	0,87 (0,78–0,95)	0,32 (0,02–0,66)	0,71 (0,55–0,84)
Индия (n=209)	0,90 (0,82–0,96)	0,59 (0,01–0,91)	0,88 (0,78–0,96)	0,76 (0,61–0,87)	0,85 (0,70–0,97)
Италия (n=100)	0,85 (0,74–0,96)	0,79 (0,59–0,93)	0,95 (0,84–10,00)	–	–
Япония (n=168)	0,90 (0,82–0,97)	–	0,77 (0,53–0,94)	0,77 (0,61–0,90)	0,75 (0,61–0,87)
Ливан (n=103)	0,95 (0,86–10,00)	0,82 (0,64–0,95)	0,82 (0,67–0,93)	–	0,64 (0,29–0,88)
Мексика (n=153)	0,87 (0,76–0,96)	0,38 (0,02–0,74)	–	0,46 (0,27–0,62)	0,64 (0,52–0,76)
Нигерия (n=132)	0,93 (0,86–0,98)	0,71 (0,45–0,89)	0,83 (0,68–0,94)	0,93 (0,72–10,00)	–
Россия (n=104)	0,54 (0,33–0,73)	0,45 (0,20–0,66)	0,52 (0,02–0,88)	–	–
Испания (n=70)	0,71 (0,60–0,81)	0,68 (0,55–0,80)	0,80 (0,71–0,88)	–	0,76 (0,40–10,00)
ЮАР (n=208)	0,84 (0,51–10,00)	–	0,86 (0,70–0,97)	0,58 (0,24–0,84)	0,83 (0,58–10,00)
Тунис (n=203)	0,84 (0,75–0,92)	0,59 (0,30–0,80)	0,69 (0,52–0,84)	0,63 (0,41–0,80)	0,50 (0,24–0,71)
Итого	0,87 (0,84–0,89)	0,66 (0,58–0,72)	0,84 (0,81–0,87)	0,64 (0,57–0,77)	0,74 (0,69–0,79)

Примечание. В ячейках без показателей показатель каппа не рассчитывался по причине маленькой выборки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Оценки клинической полезности в разных странах приведены в табл. 1. Оценки были в целом положительными, хотя с некоторыми различиями между пунктами.

По трем основным вопросам о клинической полезности (о простоте использования, соответствии, четкости и понятности) подавляющее большинство участников (от 82,5 до 83,9%) дало оценки «Часто» или «Очень часто», что указывает на высокую клиническую полезность.

Что касается характеристик применения, большинство врачей указали, что рекомендации не навязывают критерии, которые трудно применить на практике (84,7%), и при этом они в достаточной степени детализированы (90,4%), а диагностика занимает примерно столько же или меньше времени по сравнению с обычной, применяемой на практике (86,1%).

Дополнительные разделы, такие как разграничение нормы и патологии, дифференциальная диагностика, также были оценены очень высоко, 76,5 и 77,5% клиницистов указали, что эти разделы были полезными часто и очень часто, соответственно.

При оценке клинической полезности рекомендаций для конкретных целей 78,0% участников указали, что часто и очень часто они были полезны для общения с коллегами или другими специалистами. Наиболее низкие оценки наблюдались у показателей потенциальной полезности при выборе лечения (73,5%) и оценки прогноза (68,5%).

Помимо этого, мы оценили показатели клинической полезности рекомендаций по странам. Оценка по трем основным показателям практической полезности приведена в табл. 3. Данные по странам для других показателей (см. табл. 1) здесь не приводятся, но доступны по запросу. Наиболее очевидная разница по этим трем показателям заключается в том, что оценки оказались значительно ниже в Японии (от 47,9 до 49,7% ответили «Часто» или «Очень часто») и несколько ниже в Тунисе (от 69,0 до 70,4% соответственно) по сравнению с другими странами (от 81,5 до 97,9%).

Если бы разница в показателях клинической полезности была непосредственно связана с пригодностью рекомендаций, можно было бы ожидать, что клиническая полезность изменялась бы равномерно по странам. Показатели достоверности или общая согласованность совпадают, что отражено в табл. 4, где они представлены межклассовой каппой с 95% бутстрэп-доверительными интервалами по пяти наиболее распространенным диагнозам среди выборки: шизофрения, шизоаффективное расстройство, биполярное расстройство I типа, депрессивный эпизод и рекуррентное депрессивное расстройство. Несмотря на очевидную разницу в достоверности по странам, нет четкой связи между более низкими оценками клинической полезности японскими и тунисскими участниками и достоверностью их диагностических назначений. И наоборот, более низкие коэффициенты достоверности (например, для Российской Федерации) не коррелировали с низкой оценкой клинической полезности.

Клиническая полезность для диагностики отражена по тем же пяти расстройствам в табл. 5. По всем трем основным клиническим критериям полезности депрессивные расстройства имеют несколько более низкие оценки, чем шизофрения, шизоаффективные и биполярные расстройства. Более низкие показатели достоверности для депрессивного эпизода и рекуррентного депрессивного расстройства, по-видимому, взаимосвязаны с более низкими показателями клинической полезности, хотя рекомендации для шизоаффективного расстройства имеют очень высокие показатели полезности, несмотря на то что их показатель достоверности тоже довольно низок.

ОБСУЖДЕНИЕ

В целом, в данном исследовании показатели клинической полезности диагностических рекомендаций МКБ-11 оказались весьма положительными. Вероятно, отчасти это связано с вниманием, уделенным показателям клинической полезности при разработке диагностических рекомендаций⁴, а также с тем, что они уже были протестированы в

Таблица 5. Три основных показателя клинической полезности для пяти наиболее часто встречающихся диагнозов

Простота использования					
	Вовсе нет	Иногда	Часто	Очень часто	Часто + очень часто
Шизофрения	4 (0,3%)	127 (10,0%)	896 (70,9%)	237 (18,8%)	1133 (89,6%)
Шизоаффективное расстройство	0	24 (11,1%)	166 (76,5%)	27 (12,4%)	193 (88,9%)
БАР 1-го типа	1 (0,2%)	64 (10,8%)	412 (69,8%)	113 (19,2%)	525 (89,0%)
Депрессивный эпизод	1 (0,4%)	56 (21,5%)	165 (63,5%)	38 (14,6%)	203 (78,1%)
РДР	4 (0,9%)	78 (18,4%)	290 (68,6%)	51 (12,1%)	341 (80,6%)
Критерий соответствия					
	Вовсе нет	Иногда	Часто	Очень часто	Часто + очень часто
Шизофрения	3 (0,2%)	141 (11,2%)	897 (71,0%)	223 (17,6%)	1120 (88,6%)
Шизоаффективное расстройство	0	33 (15,2%)	163 (75,1%)	21 (9,7%)	184 (84,8%)
БАР 1-го типа	1 (0,2%)	65 (11,0%)	446 (75,6%)	78 (13,2%)	524 (88,8%)
Депрессивный эпизод	1 (0,4%)	58 (22,3%)	173 (66,5%)	29 (11,2%)	202 (77,7%)
РДР	3 (0,7%)	81 (19,1%)	284 (67,1%)	55 (13,0%)	339 (80,1%)
Понятность					
	Вовсе нет	Иногда	Часто	Очень часто	Часто + очень часто
Шизофрения	1 (0,1%)	134 (10,6%)	890 (70,4%)	239 (18,9%)	1129 (89,3%)
Шизоаффективное расстройство	0	26 (12,0%)	161 (74,2%)	30 (13,8%)	191 (88,0%)
БАР 1-го типа	0	61 (10,3%)	434 (73,6%)	95 (16,1%)	529 (89,7%)
Депрессивный эпизод	0	48 (18,5%)	174 (66,9%)	39 (15,0%)	213 (81,9%)
РДР	0	82 (19,4%)	283 (66,9%)	58 (13,7%)	341 (80,6%)
<i>Примечание.</i> В данном анализе исключались случаи, когда было выставлено более одного из пяти исследуемых диагнозов (n=853).					

международных многоязычных онлайн-исследованиях в рамках Глобальной клинической практики (GCP; <https://gcp.network>) и усовершенствованы после этого^{16,17}.

Диагностическое руководство было признано простым в использовании, точно соответствующим симптоматике пациентов (т. е. обладающим высоко оцениваемым критерием соответствия), понятным, обеспечивающим соответствующий уровень детализации, при этом не требующий больше времени при диагностике по сравнению с обычной практикой; также было выявлено, что руководство содержит полезную информацию по различению патологии и нормы и по дифференциальной диагностике расстройств. Клиницисты оценили полезность рекомендаций несколько ниже относительно выбора лечения и оценки прогноза, чем для коммуникации с другими специалистами в области здравоохранения; тем не менее итоговые оценки, в целом, остались положительными.

Как было упомянуто выше, два основных показателя клинической полезности были позаимствованы из полевого исследования МКБ-10^{8,9}. В данном исследовании 82,5% клиницистов по всему миру оценили рекомендации МКБ-10 как хорошие или очень хорошие по критерию соответствия, а 85,0% сказали, что они умеренно или очень просты в использовании¹⁸. Эти показатели почти идентичны с полученными в ходе данного исследования, но разница в масштабе (см. табл. 1) может свидетельствовать о том, что текущие результаты можно рассматривать как более позитивные.

Следует отметить, что клиницисты, участвовавшие в исследовании, могли быть склонны к заведомо позитивной оценке рекомендаций, поскольку в полевом исследовании ВОЗ новой МКБ участвовали те же учреждения, поэтому могут иметь место положительная предвзятость и элемент социальной желательности их ответов. Возможно, что врачи, не участвовавшие в этом исследовании, воспримут рекомендации МКБ-11 с меньшим энтузиазмом, когда их попросят внедрить те в свою практику. Однако это было бы справедливо в отношении любой другой оценки клиниче-

ской полезности классификаций, будь то МКБ-10^{8,9,18} или DSM-5¹⁹, поэтому не влияет на общую интерпретацию результатов.

Структура результатов оценки клинической полезности рекомендаций для конкретных целей (например, выбора лечения, прогноза, общения с другими специалистами) полностью соответствует структуре результатов другого исследования, касающегося текущего использования клиницистами МКБ-10, DSM-IV и DSM-5¹⁰. Ожидается, что оценки клинической полезности в плане выбора лечения и прогноза могут быть не такими высокими по сравнению с показателями использования МКБ-11 для других целей, так как многие методы лечения не являются специфическими для конкретной нозологии²⁰, а также потому что диагностические рекомендации МКБ-11 не являются руководством по лечению.

Обнадеживает тот факт, что, несмотря на схожесть структуры результатов оценки клинической полезности рекомендаций МКБ-11, показатели полезности при выборе лечения, оценке прогноза и в плане психообразования пациентов и их семей были значительно выше, чем в аналогичных исследованиях МКБ-10, DSM-IV или DSM-5¹⁰. Тем не менее это, безусловно, ограничивает возможности классификационных систем (МКБ-11, МКБ-10 и DSM-5), которые не предназначены для выбора лечения или оценки прогноза по основным диагностическим категориям^{20,21}. Дальнейшая деятельность по созданию более тесной связи между диагностикой и лечением была бы целесообразным шагом с точки зрения улучшения здравоохранения, но было бы необходимо учитывать множество других факторов (например, функциональность, доступность и приемлемость лечения).

Если взглянуть на рейтинги клинической полезности по странам, то становится ясно, что оценка одинаково положительна в самых разных странах: Бразилии, Канаде, Китае, Индии, Италии, Ливане, Мексике, Нигерии, России, Испании и Южно-Африканской Республике. Вероятно, это

связано с тем, что в разработке рекомендаций принимали участие все регионы ВОЗ и значительное число экспертов из стран с низким и средним уровнем дохода были включены во все рабочие группы МКБ-11, а также благодаря предварительной международной многоязычной апробации по стандартам надлежащей клинической практики.

Не может не радовать, что проведение оценки клинической полезности на разных языках, по-видимому, не повлияло на предполагаемую полезность диагностических рекомендаций. Существенно ниже рекомендации были оценены японскими коллегами и несколько ниже – участниками из Туниса, хотя в целом рейтинги остались положительными. Вполне возможно, что эти различия для Японии могут быть отчасти связаны с культурной тенденцией не давать чрезмерно положительных или отрицательных оценок²² и для обеих стран – с человеческим фактором (предпочтениями) конкретных клиницистов. На оценку тунисских коллег, вероятно, повлияло отсутствие перевода на французский язык всех учебных материалов. Однако возможно, что предлагаемые диагностические рекомендации в меньшей степени соответствуют представлениям о психических расстройствах у японских и тунисских пациентов, по сравнению с пациентами из других стран. Для того чтобы лучше понять причины гетерогенности оценок полезности клинических рекомендаций в разных странах, необходимы дальнейшие исследования. Важно отметить, что разница в оценке клинической полезности, по странам или по диагнозам, не коррелирует с показателями достоверности. В частности, более низкие оценки японских клиницистов, похоже, не повлияли на их способность последовательно применять рекомендации. Аналогичным образом, более низкие оценки надежности не приводили к соответствию более низким показателям клинической полезности. Этот вывод подчеркивает важность учета многочисленных характеристик системы классификации при оценке ее эффективности. Ни оценка клинической полезности, ни оценка надежности не дают понимания всей картины.

Эта статья подтверждает наши ранние выводы о том, что дифференциально-диагностическая достоверность при использовании клиницистами предлагаемых рекомендаций варьирует от умеренной до почти идеальной (0,45 до 0,88)¹⁵ для психических расстройств, составляющих наибольшую долю глобального бремени болезней и используемых услуг здравоохранения среди взрослых пациентов, находящихся на лечении в 28 учреждениях 13 стран¹⁴. В целом, показатель достоверности был выше по сравнению с результатами по рекомендациям МКБ-10.

Модель МКБ-11² по версии ВОЗ не рассматривает клиническую полезность как показатель, оцениваемый исключительно субъективно. Вместо этого предлагается динамическая конструкция, которая напрямую связана с фактическим опытом использования диагностического руководства. Таким образом, адекватная степень достоверности или согласованности применения во всем мире также свидетельствует о клинической полезности новых диагностических рекомендаций МКБ-11.

ВЫВОДЫ

В раздел психических, поведенческих и нейроонтогенетических расстройств МКБ 11-го пересмотра были внесены существенные изменения в их концепции, которые могут, помимо надежности и достоверности, повлиять также на их клиническую полезность. Это исследование является частью программы ВОЗ по проведению полевых исследований, посвященных клинической полезности главы МКБ-10 «Психические и поведенческие расстройства»³.

В условиях клинической практики МКБ функционирует отчасти как способ взаимодействия между случаями обращения за медицинской помощью и медицинскими информа-

ционными системами¹³, и если врачи сочтут диагностические руководства недостаточно полезными, то они вряд ли станут применять их систематически и добросовестно. Это, в свою очередь, отрицательно повлияет на достоверность диагностических данных, используемых для разработки стратегий здравоохранения, принятия решений и распределение ресурсов здравоохранения, качество которых изменится соответствующим образом.

Следовательно, проведение полевых исследований, в которых специалистам предлагается оценить клиническую полезность диагностических рекомендаций МКБ-11, имеют очень важные последствия. По этой причине исследование проводилось с привлечением широкого круга служб охраны психического здоровья вторичного и третичного уровня в разных странах с различными языками, культурными особенностями и уровнями ресурсов.

Подводя итог, следует сказать, что результаты полевого исследования дают значительные основания для положительной оценки клинической полезности клинических рекомендаций МКБ-11 специалистами по всему миру.

БЛАГОДАРНОСТИ

Мысли, высказанные авторами в статье, отражают мнения авторов и не являются выражением официальных правил или позиции ВОЗ, если не указано иное. В рамках национальных мероприятий было получено финансирование для: Бразилии – от Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico; Канады – от University Medical Research Fund и Royal's University of Ottawa Institute of Mental Health Research; Японии – от Japanese Society of Psychiatry and Neurology и Japan Agency for Medical Research and Development; Мексики – от National Council of Science and Technology (проект № 234473). Дополнительная помощь по части сбора данных в Бразилии, Ливане, Нигерии, Южной Африке и Тунисе была оказана Columbia University в рамках Global Mental Health Program. В остальных случаях проект финансировался за счет учреждений, принимавших участие в программе. Авторы выражают признательность тем, кто внес значимый вклад в осуществление этого исследования: Gustavo M. Barros, Ary Gadelha, Michel Haddad, Nuno H.P. Santos (Бразилия); Huajian Ma, Zhen Wang, Jingjing Huang (КНР); Huma Kamal, Nidhi Malhotra (Индия); Gaia Sampogna, Lucia Del Gaudio, Giuseppe Piegari, Francesco Perris, Luca Steardo (Италия); Tomofumi Miura, Itta Namamura, Kiyokazu Atake, Ayako Endo, Yuki Kako, Shinichi Kishi, Michihiko Koeda, Shinsuke Kondo, Akeo Kurumaji, Shusuke Numata, Naoya Oribe, Futoshi Suzuki, Masashi Yagi (Япония); Sariah Daouk, Chadia Haddad, François Kazour, Nicole Khaulil (Ливан); Francisco Juárez, Alejandra González, Omar Hernández, Carolina Muñoz (Мексика); Tatiana Kiska, Oleg Limankin, Pavel Ponizovsky (Россия); Roxanne James, Christine Lochner, Adele Pretorius (Южная Африка); Carolina Avila, Cora Fernández; Julián Gómez, Ana Izquierdo, Beatriz Vicario, Rubén Vicente (Испания); Rahma Damak (Тунис).

Библиография

1. World Health Organization. WHO releases new International Classification of Diseases (ICD 11). [http://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](http://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. First MB, Pincus HA, Levine JB et al. Clinical utility as a criterion for revising psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry* 2004;161:946-54.

7. First MB. Clinical utility in the revision of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). *Prof Psychol Res Pr* 2010;41:465-73.
 8. Sartorius N, Kaelber CT, Cooper JE et al. Progress toward achieving a common language in psychiatry. Results from the field trial of the clinical guidelines accompanying the WHO classification of mental and behavioral disorders in ICD-10. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:115-24.
 9. Sartorius N, Ustün TB, Korten A et al. Progress toward achieving a common language in psychiatry, II: Results from the international field trials of the ICD-10 diagnostic criteria for research for mental and behavioral disorders. *Am J Psychiatry* 1995;152:1427-37.
 10. First MB, Rebello TJ, Keeley JW et al. Do mental health professionals use diagnostic classifications the way we think they do? A global survey. *World Psychiatry* 2018;17:187-95.
 11. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992.
 12. 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.
 13. Roberts MC, Reed GM, Medina-Mora ME et al. A global clinicians' map of mental disorders to improve ICD-11: analysing meta-structure to enhance clinical utility. *Int Rev Psychiatry* 2012;24:578-90.
 14. Reed GM, Sharan P, Rebello TJ et al. 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* 2018;17:174-86.
 15. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977;33:159-74.
 16. Keeley JW, Reed GM, Roberts MC et al. Disorders specifically associated with stress: a case-controlled field study for ICD-11 mental and behavioural disorders. *Int J Clin Health Psychol* 2016;16:109-27.
 17. Keeley JW, Gaebel W, First MB et al. Psychotic disorder symptom rating scales: are dichotomous or multi-point scales more clinically useful? An ICD-11 field study. *J Schizophr Res* (in press).
 18. Regier DA, Kaelber CT, Roper MT et al. The ICD-10 clinical field trial for mental and behavioral disorders: results in Canada and the United States. *Am J Psychiatry* 1994;151:1340-50.
 19. Moscicki E, Clarke DE, Kuramoto SJ et al. Testing DSM-5 in routine clinical practice settings: feasibility and clinical utility. *Psychiatr Serv* 2013;64:952-60.
 20. Maj M. Why the clinical utility of diagnostic categories in psychiatry is intrinsically limited and how we can use new approaches to complement them. *World Psychiatry* 2018;17:121-2.
 21. Clark LA, Cuthbert B, Lewis-Fernandez R et al. ICD-11, DSM-5, and RDoC: three approaches to understanding and classifying mental disorder. *Psychol Sci Public Interest* 2017;18:72-145.
 22. Dolnicar S, Grun B. Cross-cultural differences in survey response patterns. *Int Market Rev* 2007;24:127-43.
- DOI:10.1002/wps.20581