

## Библиография

1. Gaebel W, Jessen F, Kanba S. World Psychiatry 2018;17:229-30.
2. Shakir R, Scheltens P, Rossor M. Complex hierarchical changes proposal: Vascular dementia/vascular cognitive impairment (VCI). icd.who.int.
3. van der Flier WM, Skoog I, Schneider JA et al. Nat Rev Dis Primers 2018;4:18003.
4. Gaebel W. Comment: Vascular dementia/VCI. icd.who.int.
5. Jack CR, Bennett DA, Blennow K et al. Alzheimers Dement 2018;14:535-62.
6. World Health Organization. ICD-11 reference guide. icd.who.int.
7. Shakir R, Scheltens P, Rossor M. Comments: Vascular dementia/VCI. icd.who.int.

DOI: 10.1002/wps.20634

# Комментарии заинтересованных сторон общественности относительно изменений в разделах психических расстройств и сексуального здоровья МКБ-11

Уникальный вклад в разработку классификации психических, поведенческих и нейроонтогенетических расстройств МКБ-11 Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) внесли группы заинтересованных лиц по всему миру.

Предварительные версии МКБ-11 для ведения статистики заболеваемости и смертности (MMS), включая краткие дефиниции, были доступны на бета-платформе МКБ-11 (<https://icd.who.int/dev11/l-m/en>) для публичного рассмотрения и комментариев в течение последних нескольких лет<sup>1</sup>. Обращения были рассмотрены ВОЗ при разработке как MMS-версии МКБ-11, так и в отношении версии для клинического использования специалистами в области психического здоровья (Клинические описания и диагностические указания; CDDG-версия)<sup>1</sup>. В этой статье мы приводим комментарии по разделам, вызвавшим наибольший отклик общественности.

Все комментарии и предложения были рассмотрены по категориям, которые в настоящее время классифицируются в соответствии с разделами психических и поведенческих расстройств МКБ-10, несмотря на то, что некоторые из них были переосмыслены и перенесены в иные главы МКБ-11, например, в «расстройства сна и бодрствования» и «состояния, связанные с сексуальным здоровьем»<sup>2</sup>.

В период с 1 января 2012 года по 31 декабря 2017 года было предложено 402 комментария и 162 предложения по психическим, поведенческим и нейроонтогенетическим расстройствам, расстройствам сна и бодрствования, а также состояниям, связанным с сексуальным здоровьем. Наибольшее число обращений, касающихся психических, поведенческих и нейроонтогенетических расстройств получены относительно компульсивного расстройства сексуального поведения (N=47), комплексного посттравматического стрессового расстройства (N=26), телесного дистрессового расстройства (N=23), расстройств аутистического спектра (N=17) и игрового расстройства (N=11). Комментарии относительно главы о состояниях, связанных с сексуальным здоровьем, в основном были по теме гендерного несоответствия подросткового и взрослого возраста (N=151) и гендерного несоответствия у детей (N=39). Несколько обращений было связано с главой по расстройствам сна и бодрствования (N=18).

Мы провели качественный контент-анализ для выявления основных тем обращений, по категориям, по которым было не менее 15 комментариев. Таким образом, 59% всех замечаний и 29% всех предложений были закодированы. Материалы были независимо оценены двумя экспертами. К каждому обращению могли применяться несколько кодов контента. Взаимная достоверность рассчитывалась с использованием каппа Коэна; в статье рассматриваются только кодировки с взаимной достоверностью ( $\kappa \geq 0,6$ ) (82,5%).

Наибольшее число обращений было получено относительно компульсивного расстройства сексуального поведения (N=47), но часто от одних и тех же лиц (N=14). Введение этой диагностической категории горячо обсуждалось<sup>3</sup>, и в комментариях по поводу определения в МКБ-11 отразились сохраняющиеся противоречия. Среди обращений фигурировали противоположные мнения, например, обвинения в конфликте интересов или некомпетентности (48%;  $\kappa=0,78$ ) или утверждения о том, что определенные организации или люди выиграют от включения или исключения этого раздела в МКБ-11 (43%;  $\kappa=0,82$ ). Одна группа выразила поддержку (20%;  $\kappa=0,66$ ) и сочла, что для включения имеется достаточно доказательств (20%;  $\kappa=0,76$ ), в то время как другая высказалась категорически против включения (28%;  $\kappa=0,69$ ), подчеркивая плохую концептуализацию (33%;  $\kappa=0,61$ ), недостаточные доказательства (28%;  $\kappa=0,62$ ) и негативные последствия (22%;  $\kappa=0,86$ ). Обе группы привели нейробиологические данные (35%;  $\kappa=0,74$ ) в поддержку своих аргументов. Несколько комментаторов предложили конкретные изменения в описательную часть (4%;  $\kappa=1$ ). Вместе с тем, обе стороны обсудили нозологические вопросы, такие как концептуализация понятия импульсивности, компульсивности, поведенческой зависимости или выражения нормального поведения (65%;  $\kappa=0,62$ ). ВОЗ считает, что включение этой новой категории важно для легитимизации получения медицинских услуг определенной категорией населения<sup>4</sup>. Опасения по поводу чрезмерной патологизации рассматриваются в CDDG, но эта информация не представлена в дефинициях, доступных для комментаторов бета-платформы.

В ряде обращений, связанных с комплексным посттравматическим стрессовым расстройством, была выражена поддержка его включения в МКБ-11 (16%;  $\kappa=0,62$ ), при этом никто явно не возражал против включения ( $\kappa=1$ ). Однако в нескольких обращениях предлагались изменения в определении понятия (36%;  $\kappa=1$ ), критические замечания (24%;  $\kappa=0,60$ ) (например, в отношении концептуализации) или обсуждалась диагностические признаки (20%;  $\kappa=1$ ). В нескольких комментариях (20%;  $\kappa=0,71$ ) подчеркивалось, что признание этого состояния психическим расстройством будет стимулировать исследования и облегчит диагностику и лечение.

Большинство обращений, касающихся телесного дистрессового расстройства, содержало критику, но часто от одних и тех же лиц (N=8). Критика в основном касалась концептуализации (48%;  $\kappa=0,64$ ) и названия расстройства (43%;  $\kappa=0,91$ ). Использование диагностического термина, который тесно связан с телесным дистресс-синдромом, имеющим другое определение<sup>5</sup>, рассматривалось как проблематичное. Один критический комментарий состоял в том, что определение слишком сильно опирается на субъек-

активное клиническое решение о том, что внимание пациентов, направленное на телесные симптомы, является «чрезмерным». Часть комментариев (17%;  $\kappa=0,62$ ) выражала обеспокоенность по поводу того, что это приведет к тому, что пациенты будут классифицированы как психически нездоровые, и это лишит их возможности получить надлежащий биологически-ориентированный уход. Некоторые комментаторы предложили изменить определения (30%;  $\kappa=0,89$ ). Другие выступали против включения расстройства в целом (26%;  $\kappa=0,88$ ), в то время как ни одно обращение ( $\kappa=1$ ) не выражало поддержки включения. ВОЗ решила сохранить телесное дистрессовое расстройство в качестве диагностической категории<sup>6</sup> и урегулировала сомнения общестественности, потребовав, чтобы в версии CDDG указывались дополнительные симптомы, такие как значительные функциональные нарушения.

В обращениях по категории расстройств, связанных с сексуальным здоровьем, была высказана твердая поддержка относительно удаления сексуальных дисфункций и гендерных диагнозов из главы психических расстройств и создания отдельной главы (35%;  $\kappa=0,88$ )<sup>7</sup>. Во многих обращениях (25%;  $\kappa=0,97$ ) использовалось шаблонное сообщение, предоставленное Всемирной ассоциацией сексуального здоровья. В нескольких обращениях утверждалось, что сохранение гендерной несовместимости в классификации болезней травмирует и стигматизирует трансгендерных людей (14%;  $\kappa=0,80$ ), предлагалась другая формулировка определения (18%;  $\kappa=0,71$ ) или другие диагностические признаки (23%;  $\kappa=0,62$ ). ВОЗ частично изменила определение на основе полученных замечаний<sup>7</sup>.

Интересно, что большая группа обращений по предлагаемому МКБ-11 определению гендерного несоответствия детского возраста выразила несогласие с нынешними стандартами воспитания, возражая против социального перехода и гендерно-утверждающего обращения с несовершеннолетними (46%;  $\kappa=0,72$ ), что важно и требует обсуждения, но имеет отношение к лечению, а не к классификации. Предложенное определение было подвергнуто критике или опротестовано в 31% обращений ( $\kappa=0,62$ ), при этом некоторые из них использовали шаблон, предоставленный Всемирной ассоциацией сексуального здоровья, чтобы призвать к пересмотру на основе консультаций с сообществом (15%;  $\kappa=0,93$ ). Другие возражали против диагноза, выражая страх перед патологизацией детского гендерного разнообразия (15%;  $\kappa=0,93$ ) и утверждая, что это не нужно, потому что у детей не будет ни дистресса (11%;  $\kappa=0,80$ ), ни необходимости в гендерно-подтверждающей медицинской помощи (28%;  $\kappa=0,65$ ). Некоторые также утверждали, что диагноз не является необходимым для исследовательских целей, указывая, что исследования гомосексуализма процветают с момента его удаления из МКБ (9%;  $\kappa=0,745$ ). Признавая противоречия, связанные с лечением, ВОЗ

сохранила эту категорию, с тем чтобы помочь обеспечить доступ к надлежащей клинической помощи при одновременном решении проблемы стигматизации путем включения ее в новую главу состояний, связанных с сексуальным здоровьем, а также посредством предоставления дополнительной информации в CDDG<sup>7</sup>.

В процессе обработки этих обращений стало очевидным, что многие из них были подготовлены с точки зрения информационно-пропагандистской деятельности и зачастую касались конкретной категории. Научным экспертам целесообразно пересмотреть свои рекомендации в свете опыта пациентов и отзывов. В качестве основы для внесения изменений в MMS и CDDG ВОЗ использовала замечания и предложения как содержащиеся на бета-платформе, так и из других источников информации, в частности, на основании результатов полевых исследований<sup>8,9</sup>.

**Johannes Fuss<sup>1</sup>, Kyle Lemay<sup>2</sup>, Dan J. Stein<sup>3</sup>,  
Peer Briken<sup>1</sup>, Robert Jakob<sup>4</sup>, Geoffrey M. Reed<sup>5,6</sup>,  
Cary S. Kogan<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Institute for Sex Research and Forensic Psychiatry, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany (Германия);

<sup>2</sup>School of Psychology, University of Ottawa, Ottawa, Canada (Канада);

<sup>3</sup>Department of Psychiatry, University of Cape Town and Groote Schuur Hospital, Cape Town, South Africa (ЮАР);

<sup>4</sup>Department of Health Statistics and Information Systems, World Health Organization, Geneva, Switzerland (Швейцария);

<sup>5</sup>Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, Switzerland (Швейцария);

<sup>6</sup>Department of Psychiatry, Columbia University Vagelos College of Physicians and Surgeons, New York, NY, USA (США).

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

Редактор: к.м.н. Резников М.К. (Воронеж)

Fuss J, Lemay K, Stein DJ et al. Public stakeholders' comments on ICD-11 chapters related to mental and sexual health. *World Psychiatry* 2019;18:2;233-235.

#### Библиография

1. First MB, Reed GM, Hyman SE et al. *World Psychiatry* 2015;14:82-90.
2. Reed GM, First MB, Kogan CS et al. *World Psychiatry* 2019;18:3-19.
3. Walton MT, Bhullar N. *Arch Sex Behav* 2018;47:1327-31.
4. Kraus SW, Krueger RB, Briken P et al. *World Psychiatry* 2018;17:109-10.
5. Fink P, Schroder A. *J Psychosom Res* 2010;68:415-26.
6. Gureje O, Reed GM. *World Psychiatry* 2016;15:291-2.
7. Reed GM, Drescher J, Krueger RB et al. *World Psychiatry* 2016;15:205-21.
8. Reed GM, Sharan P, Rebello TJ et al. *World Psychiatry* 2018;17:174-86.
9. Reed GM, Keeley JW, Rebello TJ et al. *World Psychiatry* 2018;17:306-15.

DOI: 10.1002/wps.20635

## Споры о когнитивно-поведенческой терапии шизофрении

В настоящее время эффективность когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) оспаривается. К примеру, Национальный институт здравоохранения и медицинского обслуживания Великобритании (NICE)<sup>1</sup> рекомендует этот метод лечения, в то время как другая влиятельная организация Великобритании, Cochrane Collaboration, утверждает, что с 2012 года нет четких доказательств того, что она эффективна<sup>2,4</sup>.

Очевидно, уместно привести сетевой метаанализ психологических вмешательств при шизофрении, опубликован-

ный в этом журнале<sup>5</sup>, в результате которого были получены убедительные доказательства, что КПТ эффективна против продуктивных симптомов. С другой стороны, согласно метаанализу 2014 года Jauhar и соавт.<sup>6</sup>, не имеется четких доказательств эффективности относительно этого класса симптомов. Поскольку важно понять, какие факторы приводят к различным результатам в метаанализах<sup>7</sup>, мы, как авторы этих двух метаанализов решили изучить, почему могло возникнуть такое расхождение.