

Сравнение диагностических критериев для психических расстройств в МКБ-11 и DSM-5 на уровне организации и категорий

Michael B. First^{1,2}, Wolfgang Gaebel³, Mario Maj⁴, Dan J. Stein⁵, Cary S. Kogan⁶, John B. Saunders⁷, Vladimir B. Poznyak⁸, Oye Gureje⁹, Roberto Lewis-Fernández^{1,2}, Andreas Maercker¹⁰, Chris R. Brewin¹¹, Marylene Cloitre^{12,13}, Angelica Claudino¹⁴, Kathleen M. Pike¹, Gillian Baird¹⁵, David Skuse¹⁶, Richard B. Krueger^{1,2}, Peer Briken¹⁷, Jeffrey D. Burke¹⁸, John E. Lochman¹⁹, Spencer C. Evans²⁰, Douglas W. Woods²¹, Geoffrey M. Reed^{1,8}

¹Department of Psychiatry, Columbia University College of Physicians and Surgeons, New York, NY, USA; ²New York State Psychiatric Institute, New York, NY, USA; ³Department of Psychiatry and Psychotherapy, Medical Faculty, Heinrich-Heine University, Düsseldorf, Germany; ⁴Department of Psychiatry, University of Campania "L. Vanvitelli", Naples, Italy; ⁵Department of Psychiatry, University of Cape Town and South African Medical Research Council Unit on Risk and Resilience in Mental Disorders, Cape Town, South Africa; ⁶School of Psychology, University of Ottawa, Ottawa, ON, Canada; ⁷Centre for Youth Substance Abuse Research, University of Queensland, Brisbane, QLD, Australia; ⁸Department of Mental Health and Substance Use, World Health Organization, Geneva, Switzerland; ⁹Department of Psychiatry, University of Ibadan, Ibadan, Nigeria; ¹⁰Department of Psychology, University of Zurich, Zurich, Switzerland; ¹¹Research Department of Clinical, Educational and Health Psychology, University College London, London, UK; ¹²National Center for PTSD Dissemination and Training Division, VA Palo Alto Health Care System, Palo Alto, CA, USA; ¹³Department of Psychiatry and Behavioural Sciences, Stanford University, Stanford, CA, USA; ¹⁴Department of Psychiatry, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brazil; ¹⁵Newcomen Centre, Evelina Children's Hospital, Guys & St. Thomas NHS Foundation Trust, London, UK; ¹⁶Brain and Behaviour Science Unit, Institute of Child Health, University College London, London, UK; ¹⁷Institute for Sex Research, Sexual Medicine and Forensic Psychiatry, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany; ¹⁸Department of Psychological Sciences, University of Connecticut, Storrs, CT, USA; ¹⁹Department of Psychology, University of Alabama, Tuscaloosa, AL, USA; ²⁰University of Miami, Coral Gables, FL, USA; ²¹Office of the Provost and Department of Psychology, Marquette University, Milwaukee, WI, USA

Перевод: Скугаревская Т.О. (Минск)

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

First, M., Gaebel, W., Maj, M., Stein, D., Kogan, C., Saunders, J., Poznyak, V., Gureje, O., Lewis-Fernández, R., Maercker, A., Brewin, C., Cloitre, M., Claudino, A., Pike, K., Baird, G., Skuse, D., Krueger, R., Briken, P., Burke, J., Lochman, J., Evans, S., Woods, D. and Reed, G., 2021. An organization- and category-level comparison of diagnostic requirements for mental disorders in ICD-11 and DSM-5. *World Psychiatry*, 20(1), pp.34-51. DOI: 10.1002/wps.20825

Резюме

В 2013 г. Американская психиатрическая ассоциация (American Psychiatric Association, APA) опубликовала 5-е издание Диагностического и Статистического Руководства по Психическим расстройствам (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5). В 2019 г. Всемирная Ассамблея Здравоохранения утвердила 11 пересмотр Международной Классификации Болезней (МКБ-11). Часто звучат предположения, что психиатрическое сообщество выиграет от наличия одной, общей классификации психических расстройств, несмотря на то, что приоритеты и состав двух спонсирующих организаций не совпадают. Во время разработки DSM-5 и МКБ-11 Всемирная Организация Здравоохранения и APA предпринимали попытки привести две системы к соответствию, вплоть до создания Группы по соответствию МКБ-DSM. Данная статья призвана оценить такие попытки привести их к общему знаменателю и предоставляет руководство для практикующих врачей, исследователей и создателей законодательств о различиях между двумя системами на уровне организаций и расстройств. В целом организация двух систем классификации схожа. Существуют 19 категорий из МКБ-11, которые не встречаются в DSM-5, и 7 категорий из DSM-5, которые не являются в МКБ-11. Мы сравнили раздел Клинических описаний и диагностических указаний (Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, CDDG) МКБ-11 об основных положениях с наборами критериев для 103 диагностических категорий DSM-5, встречающихся в обеих системах. В итоге 20 расстройств (19,4%) были оценены нами как имеющие существенные различия, 42 расстройства (40,8%) – незначительные, 10 расстройств (9,7%) имели незначительные различия вследствие большего уровня уточнения в DSM-5, и 31 расстройство (30,1%) как в целом идентичные. Детальные описания наиболее значимых крупных и мелких различий, с их обоснованием и подлежащими свидетельствами, представлены нами в этой статье. Теперь МКБ и DSM-5 наиболее близки со времен МКБ-8 и DSM-2. Отличия в основном основываются на разных приоритетах и использовании двух диагностических систем, а также на различиях в интерпретации свидетельств. Значительно отличающиеся подходы позволяют эмпирически сопоставлять валидность и применимость и будут способствовать продвижению исследований.

Ключевые слова: МКБ-11, DSM-5, диагноз, уточнение, классификация, психические расстройства, нарушения психического развития, преимущественно психотические расстройства, расстройства настроения, тревожные и связанные со страхом расстройства, расстройства, связанные со стрессом, расстройства, обусловленные употреблением психоактивных веществ или аддиктивным поведением, расстройства личности, нейрокогнитивные расстройства.

Международная классификация болезней (МКБ) и Диагностическое и Статистическое Руководство по Психическим расстройствам (DSM) имеют разные и связанные истории, которые можно отследить вплоть до середины 20 века. И Всемирная Организация Здравоохранения, и Американская Психиатрическая Ассоциация имеют «обоснованные исторические основания претендовать на роль интеллектуальной основы современных классификаций психических расстройств»^{1, с.78}.

Гармонизация двух систем классификации достигла максимума с МКБ-8² и DSM-2³, которые были практически схожи в результате тесного взаимодействия спонсирующих их организаций в процессе создания систем. Введение для DSM-2 говорит, что это отражало «рост представлений о том, что люди всех национальностей живут в этом мире; с ростом успешности Международной классификации болезней, распространяемой Всемирной Организацией Здравоохранения, которая уже используется во многих странах,

пришло время для присоединения психиатров США к сотрудничеству»^{3, с.vii}.

Хотя имело место параллельное развитие по обе стороны Атлантического океана^{1,4}, DSM-3⁵ часто приписывают введению эмпирического подхода к психическим расстройствам, нейтрального в вопросах причинности и включающего четкие диагностические критерии, изначально установленные в исследованиях.

Одним из первых вопросов для рабочей группы DSM-3 был вопрос – участвовать ли в разработке МКБ-9⁶, которая на тот момент уже началась. Согласно Spitzer, руководителю и новатору в разработке DSM-3, рабочая группа считала, что, несмотря на важность общей системы классификации, более значимым было улучшить американскую систему в соответствии с последними открытиями в США: «нас не особенно беспокоили периодически возникающие различия в определении соответствующих категорий МКБ-9 и DSM. Мы верили, что это небольшая цена за возможность вносить новшества»^{7, с.353}. Хотя DSM-3 предусматривалась для использования в основном в Штатах, она была переведена на 13 языков⁸, и имела значительный международный вклад⁹.

Имела место значительная коллаборация между создателями МКБ-10¹⁰ и DSM-4¹¹. Начиная с 1978 г., управление по алкоголю, наркотикам и психическому здоровью США (*US Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration – ADAMHA*) спонсировало 16-летнюю коллаборацию между ВОЗ и APA, которая стала ключевой для создания диагностических систем¹². Обе организации сошлись на том, что для общего блага международной коллаборации и исследований отличия между системами должны быть сведены к минимуму.

Для оценки успешности гармонизации МКБ-10/DSM-4, First провел детальный анализ¹³ 176 наборов критериев включенных и в DSM-3, и в Исследовательские и Диагностические Критерии МКБ-10¹⁴, которые являются версией МКБ, наиболее схожей с DSM-4. Такой анализ показал, что наборы критериев полностью совпадали только для одного расстройства (кратковременное тикозное расстройство). С другой стороны, в 21% критериев были принципиальные различия, которые выглядели помещенными туда намеренно, а в 78% различия происходили из того, что один и тот же конструкт был по-разному определен, что часто происходило произвольно или случайно.

И МКБ-10, и DSM-4 оказали большое влияние на глобальную практику и исследования в психиатрии. Хотя DSM-4 чаще использовалась при исследованиях по миру¹, исследование с участием более 5000 психиатров в 44 странах, проведенное Всемирной психиатрической ассоциацией (ВПА) и ВОЗ, показало, что для большинства психиатров за пределами США МКБ-10 является системой, используемой в каждодневной клинической практике¹⁵. Дальнейшее исследование¹⁶ показало, что именно версия с Клиническими описаниями и диагностическими указаниями (CDDG)¹⁷, разработанная Департаментом по Психическому Здоровью и Злоупотреблению ПАВ ВОЗ для «общего клинического, образовательного и обслуживающего использования»^{17, с.1} психиатрами и другими специалистами в области психического здоровья, наиболее часто используется в клинической практике.

Как и с МКБ-10 и DSM-4, МКБ-11 и DSM-5¹⁸ разрабатывались в сходное время, и ВОЗ и APA отмечали необходимость гармонизации. С этой целью в процессе разработки систем были некоторые особенности. Была создана группа по соответствию, которая несколько раз собиралась, преимущественно обсуждая организацию группировок в классификации (т.н. «метаструктуру»¹⁹). Группа лидеров DSM-5 посещала совет по разработке МКБ-11, и наоборот. Большинство рабочих групп МКБ-11 включали экспертов, которые также были частью групп DSM-5.

Заявленной целью рабочих групп МКБ-11 была оценка предложений DSM-5 в их области работы и применимости их в глобальном плане (поскольку группы МКБ-11 начинали работу тогда, когда разработка DSM-5 подходила к концу, схожей возможности для групп DSM-5 не было). Хотя не было требований по соответствию МКБ-11 рекомендациям, расхождения должны были быть намеренными, а не случайными, а рабочие группы должны были быть способны обосновать их.

Целью настоящего анализа является оценка успешности попыток гармонизации, а также предоставление руководства для практикующих врачей, исследователей и создателей законов с описанием важных различий между системами. Мы рассматривали версию МКБ-11, предназначенную для использования клиницистами в практике (CDDG МКБ-11²⁰) с DSM-5 относительно того, насколько гармонизированы системы между собой на организационном уровне и уровне отдельных расстройств.

ГАРМОНИЗАЦИЯ НА ОРГАНИЗАЦИОННОМ УРОВНЕ

Группа по соответствию МКБ-11 в основном фокусировалась на гармонизации диагностических группировок в классификации, т.н. «метаструктуре». Как видно из Таблицы 1, эта попытка по большому счету удалась. Первые главы (диссоциативные расстройства) почти полностью соответствуют друг другу, за исключением большой группы Расстройств настроения в DSM-5, и с кататонией как отдельным расстройством в МКБ-11. Начиная с раздела о расстройствах питания и пищевого поведения, имеются отличия как в порядке диагностических групп, так и в их точности. Например, разделы «расстройства телесного дистресса и телесного переживания», «симулятивные расстройства», а также «психологические и поведенческие факторы, влияющие на расстройства, классифицированные в других рубриках», каждый из которых является отдельной диагностической группировкой в МКБ-11, все входят в «соматические симптомы и связанные с ними расстройства» в DSM-5.

Более того, диагностические группы DSM-5 соответствуют группам из частей МКБ-11 вне раздела психических и поведенческих расстройств (глава 6). В МКБ-11 расстройства сна и бодрствования являются отдельной главой (глава 7), которая соединяет в себе состояния, ранее классифицированные в рубриках МКБ-10 о психических и поведенческих расстройствах, расстройствах нервной системы и болезней дыхательной системы. Новая глава МКБ-11 о состояниях, связанных с сексуальным здоровьем (глава 17), включает сексуальную дисфункцию и несоответствие пола, что соответствует группе DSM-5 «гендерная дисфория». Между МКБ-11 и DSM-5 относительно таких расстройств есть значительные различия, что в нашем журнале уже обсуждалось²¹.

Также имеются различия в приписывании некоторых расстройств к диагностическим группам, что отражает разницу в видении и подлежащих организационных принципах между МКБ-11 и DSM-5. В МКБ-11 ипохондрия определена как сфокусированность на или страх серьезной, прогрессирующей или угрожающей жизни болезни, сопровождающийся излишними и повторяющимися проверками своего состояния на предмет наличия болезни, или неадаптивным избегающим поведением. Она была включена в группу обсессивно-компульсивного и связанных с ним расстройств, основываясь на феноменологических чертах (повторяющиеся мысли о наличии болезни, а также излишние и повторяющиеся действия из-за настороженности)²², высокой частоте коморбидности и тенденции к проявлению в семьях, где у членов уже есть другие расстройства из этой группы²³, а также учитывая схожий ответ на лечение²⁴. Наличие соматических симптомов не является обязательным

Таблица 1. Сравнение метаструктур МКБ-11 и DSM-5	
МКБ-11	DSM-5
Нарушения психического развития	Нарушения психического развития
Шизофрения и другие преимущественно психотические расстройства	Расстройства шизофренического спектра и другие психотические расстройства
Кататония	
Расстройства настроения	Биполярное и связанные с ним расстройства Депрессивные расстройства
Тревожные и связанные со страхом расстройства	Тревожные расстройства
Обсессивно-компульсивные и сходные расстройства	Обсессивно-компульсивные и сходные расстройства
Расстройства, связанные со стрессом	Расстройства, связанные с травмой и стрессом
Диссоциативные расстройства	Диссоциативные расстройства
Расстройства питания и пищевого поведения	Расстройства питания и пищевого поведения
Расстройства физиологических отправления	Расстройства физиологических отправления
Расстройства телесного дистресса и телесного переживания	Расстройство соматических симптомов (не в том же порядке, как в МКБ-11; расположено перед расстройствами питания и пищевого поведения)
Расстройства, обусловленные употреблением психоактивных веществ или аддиктивным поведением	Зависимости от психоактивных веществ и связанные с ними расстройства
Нарушения импульсного контроля	Расстройства контроля импульсов и поведения
Нарушения поведения и диссоциальные расстройства	
Расстройства личности и связанные с ними черты	Расстройства личности (не в том же порядке, как в МКБ-11; расположены после нейрокогнитивных расстройств)
Парафилии	Парафилии (не в том же порядке, как в МКБ-11; расположены после расстройств личности)
Симулятивные расстройства	Нет отдельной группы, но включены в расстройство соматических симптомов
Нейрокогнитивные расстройства	Нейрокогнитивные расстройства
Психические и поведенческие расстройства, связанные с беременностью, родами и послеродовым периодом	Нет отдельной группы; доступны перинатальные спецификаторы для отдельных расстройств
Вторичные психические и поведенческие нарушения, связанные с расстройствами и заболеваниями, классифицированными в других рубриках	Нет отдельной группы, но включены в группы расстройств со сходной феноменологией
Психологические и поведенческие факторы, влияющие на расстройства и заболевания, классифицированные в других рубриках	Нет отдельной группы, но включены в расстройство соматических симптомов
Расстройства цикла сон-бодрствование (Глава 7)	Расстройства цикла сон-бодрствование (включены в психические расстройства; после расстройств физиологических отправления)
Сексуальные дисфункции (в Главе 17, состояния, связанные с сексуальным здоровьем)	Сексуальные дисфункции (включены в психические расстройства; после расстройств цикла сон-бодрствование)
Несоответствие пола (в Главе 17, состояния, связанные с сексуальным здоровьем)	Гендерная дисфория (включена в психические расстройства; после сексуальных дисфункций)

признаком ипохондрии в МКБ-11, хотя они могут периодически появляться и тогда привлекают к себе много внимания²². С другой стороны, DSM-5 классифицирует случаи ипохондрии как или расстройство с соматическими симптомами, или тревожное расстройство, связанное с болезнью (оба которых находятся в группе расстройств с соматическими симптомами и связанными с ними расстройствами), в зависимости от того, обусловлены ли излишние заботы пациента соматическими симптомами, испытываемыми человеком. Аналогично, функциональное расстройство с неврологическими симптомами включено в группу расстройств с соматическими симптомами и связанными с ними в DSM-5, в то время как в МКБ-11 его аналог (диссоциативное расстройство с неврологическими симптомами) включен в группу диссоциативных расстройств, отражая тот факт, что МКБ-11 концептуализирует неврологические симптомы как проявляющиеся в результате процесса диссоциации («непроизвольного нарушения или прерывания нормальной интеграции моторной, чувствительной и когнитивных функций»).

МКБ-11 также отличается от DSM-5 в разделе о психических и поведенческих синдромах, связанных с расстройствами, классифицированными в других рубриках, которые соответствуют «Психическим расстройствам вследствие другого медицинского состояния» из DSM-5. По соглашению МКБ-11, такие синдромы объединены в одну основан-

ную на этиологии группу. Вместо этого в DSM-5 они распределены по разным диагностическим категориям, в зависимости от того, где симптоматика совпадает (например, психотические расстройства по причине другого медицинского состояния включены в группу расстройств шизофренического спектра и других психотических расстройств), что лучше позволяет проводить дифференциальную диагностику. Необходимо отметить, что МКБ-11 впервые позволяет помещать одно расстройство в разные категории, при этом помечая одно из его появлений как основное. Следовательно, «вторичные» расстройства в МКБ-11 также упоминаются в разных диагностических группах.

ГАРМОНИЗАЦИЯ НА УРОВНЕ РАССТРОЙСТВ

Данный анализ фокусировался в первую очередь на сравнении CDDG МКБ-11 и DSM-5 на уровне расстройств, следуя симптоматической методологии.

Расстройства в CDDG МКБ-11 и соответствующие расстройства из DSM-5 сначала были рассмотрены для нахождения совпадающих расстройств. Расстройства из DSM-5, которые совпадают с таковыми из других глав МКБ-11 (расстройства сна и бодрствования, сексуальные дисфункции и несоответствие пола), исключались из сравнения. Также из него были исключены категории «другие» и «неспецифические».

Таблица 2. Психические расстройства, включенные в одну классификацию, но отсутствующие во второй	
МКБ-11	DSM-5
Расстройство развития языка с нарушением преимущественно прагматического языка	Социальное (прагматичное) расстройство общения
Шизофрения или другие уточненные преимущественно психотические расстройства	Шизофрениформное расстройство
Острые и преходящие психотические расстройства	Краткий психотический эпизод
Кататония, вызванная психоактивными веществами, включая лекарства*	Другие расстройства, вызванные психоактивными веществами
Смешанное тревожно-депрессивное расстройство	Другие уточненные депрессивные расстройства или другие уточненные тревожные расстройства
Обоятельное расстройство*	Другое уточненное обсессивно-компульсивное и связанные с ним расстройства
Сложное посттравматическое стрессовое расстройство*	Посттравматическое стрессовое расстройство или Расстройство адаптации (если стрессор не подходит для посттравматического расстройства) или другие уточненные связанные с травмой и стрессом расстройства
Длительное расстройство горя*	Другие уточненные связанные с травмой и стрессом расстройства; включено в состояниях, требующих дальнейшего изучения как длительное сложное расстройство утраты
Трансовое расстройство	Другие уточненные диссоциативные расстройства
Трансовое расстройство овладения	Диссоциативное расстройство личности или Другие уточненные диссоциативные расстройства
Частичное диссоциативное расстройство личности*	Диссоциативное расстройство личности (для случаев с диссоциативной амнезией) или Другие уточненные диссоциативные расстройства (для случаев без диссоциативной амнезии)
Дисфория целостности тела*	Другие уточненные психические расстройства
Эпизод пагубного употребления ПАВ*	Неуточненное расстройство, связанное с употреблением ПАВ
Другие уточненные расстройства, связанные с употреблением галлюциногенов	Персистирующее расстройство восприятия вследствие употребления галлюциногенов
Никотиновая интоксикация	Другие расстройства, вызванные употреблением табака
Абстинентный синдром при прекращении употребления летучих ингалянтов	Другие расстройства, вызванные употреблением летучих растворителей
Нарушения, вызванные патологическим влечением к играм*	Другие уточненные психические расстройства; включено в состояниях, требующие дальнейшего изучения как расстройство, вызванное патологическим влечением к интернет-играм
Компульсивное расстройство сексуального поведения*	Другие уточненные расстройства контроля импульсов и поведения
Оппозиционное вызывающее расстройство с хронической раздражительностью-гневом	Расстройство дисрегуляции настроения*
Парафилии, подразумевающие одиночное поведение или участие лиц, давших согласие	Фетишизм
	Трансвестизм-фетишизм
	Сексуальный мазохизм
Амнестическое расстройство	Большое нейрокогнитивное расстройство
Вторичные нарушения психического развития*	Другие уточненные нарушения психического развития
Вторичный диссоциативный синдром	Другие уточненные диссоциативные расстройства
Вторичный синдром импульсного контроля*	Другие уточненные расстройства контроля импульсов и поведения или Изменение личности вследствие других медицинских состояний
Жирный шрифт указывает на то, что расстройство имеется в соответствующей диагностической системе, обычный шрифт обозначает наиболее близкую категорию в соответствующей системе. Звездочки означают новые расстройства. Длительное расстройство горя будет включено в DSM-5-TR.	

Для каждого расстройства, встречающегося и в МКБ-11, и в DSM-5, два главных автора (MBF и GMR) сравнивали раздел об «основных чертах»²⁰ МКБ-11 с диагностическими критериями DSM-5 и рассчитывали уровень соответствия по четырем параметрам.

Имеющими «значительные различия» считались категории, у которых: а) были значительные концептуальные различия между диагностическими требованиями МКБ-11 и DSM-5 или б) случаи, при которых разные системы могли идентифицировать расстройство у разных лиц. Имеющими «мелкие различия в определениях» считались категории, которые одинаково по концепции описываются и в МКБ-11, и в DSM-5, но системы по-разному определяют их аспекты. «Мелкие различия из-за разницы в уровне уточнения» приписывались, когда и МКБ-11, и DSM-5 описывали по сути ту же категорию на диагностическом уровне, но различались в специфичности операционализации. «В целом сходные» категории должны быть полностью идентич-

ными либо различия в формулировках должны быть сочтены несущественными, и точно такая же группа лиц должна иметь диагноз из категории по МКБ-11, как и по DSM-5.

MBF и GMR присваивали рейтинг независимо друг от друга, а затем обсуждали различающиеся категории, чтобы прийти к консенсусу. Такие рейтинги не основывались на эмпирических данных, поскольку существует лишь ограниченное количество исследований по сравнению критериев МКБ-11 и DSM-5 для конкретных расстройств на предмет того, ставят ли они диагноз одной и той же группе лиц либо производят ли одинаковые подсчеты распространенности^{25,26}. Наоборот, оценки отражали мнение двух главных авторов. Различия в доступных подкатегориях (спецификаторах в DSM-5) и их определениях не рассматривались в данном анализе. Когда одно расстройство в одной системе соответствовало более чем одному расстройству в другой, такие расстройства считались за одну диагностическую сущность.

Таблица 3. Расстройства и диагностические группы со значительными различиями между диагностическими системами
Расстройство развития языка в МКБ-11/Расстройство языка и социальное (прагматичное) расстройство общения в DSM-5
Шизофрения в МКБ-11/Шизофрения и шизофрениформное расстройство в DSM-5
Шизоаффективное расстройство
Острые и транзиторные психотические расстройства в МКБ-11/Краткое психотическое расстройство в DSM-5
Смешанный эпизод в МКБ-11/Аффективный эпизод со смешанными чертами в DSM-5
Дистимия в МКБ-11/Длительное депрессивное расстройство в DSM-5
Ипохондрия (в обсессивно-компульсивном и связанных с ним расстройствах) в МКБ-11/Расстройство соматических симптомов или расстройство с тревогой о болезни в DSM-5
Посттравматическое стрессовое расстройство и сложное посттравматическое стрессовое расстройство в МКБ-11/Посттравматическое стрессовое расстройство в DSM-5
Расстройство адаптации
Острая реакция на стресс (в факторах, влияющих на здоровье и контакт со службой здравоохранения) в МКБ-11/Острое стрессовое расстройство (в расстройствах, связанных с травмой и стрессом) в DSM-5
Диссоциативное расстройство личности и частичное диссоциативное расстройство личности в МКБ-11/Диссоциативное расстройство личности в DSM-5
Нервная булимия
Расстройство с переадаптацией
Зависимость от психоактивных веществ и пагубный характер употребления в МКБ-11/Зависимость от психоактивных веществ в DSM-5
Оппозиционно-вызывающее расстройство с хронической раздражительностью-гневом в МКБ-11/Расстройство дисрегуляции настроения в DSM-5
Расстройства личности
Принудительное сексуальное садистское расстройство в МКБ-11/Расстройство сексуального садизма (принудительного) в DSM-5
Парафильное расстройство, включающее одиночное поведение или согласие лиц в МКБ-11/Фетишизм, трансвестизм, сексуальный мазохизм (непринудительный) в DSM-5
Деменция и амнестическое расстройство в МКБ-11/Большое нейрокогнитивное расстройство в DSM-5
Психические и поведенческие расстройства, связанные с беременностью, родами и послеродовым периодом в МКБ-11/Спецификатор «с околородовым началом» в DSM-5

Всего 26 расстройств появляются в одной системе, но не в другой, из которых 9 расстройств включены в МКБ-11, но не в DSM-5, а 7 расстройств включены в DSM-5, но не в МКБ-11 (см. Таблицу 2). Из имеющихся в МКБ-11, но не в DSM-5, 11 – это вновь добавленные расстройства, обоснования включения большинства которых ранее приводились в журнале²⁷.

Основная причина, по которой эти расстройства появляются в МКБ-11, а не в DSM-5, это приоритетность включения новых категорий расстройств в связи с интересами спонсора. ВОЗ в своих решениях приоритизирует нужды общественного здоровья²⁸: если существует свидетельство наличия какого-либо состояния и оно имеет значение для служб оказания помощи, его включение в МКБ-11 совпадает с целями классификации. С точки зрения APA опасения из-за умножения количества диагнозов во времена DSM-4²⁹ привели к появлению строгих требований относительно эмпирических данных для добавления диагноза. Это требование было таким строгим во время разработки DSM-5³⁰, что только несколько предложенных диагнозов были одобрены для добавления.

Диагнозы из DSM-5, не присутствующие в МКБ-11, включают социальное (прагматичное) расстройство общения и расстройство дисрегуляции поведения. До сих пор существуют споры об эмпирической их поддержке как отдельных диагностических категорий^{31,32}, и рабочие группы МКБ-11 признали имеющиеся доказательства недостаточными, чтобы обосновать их включение в МКБ-11.

103 расстройства, присутствующие и в МКБ-11, и в DSM-5, оценивались по степени различий в диагностических требованиях двух систем. Основываясь на оценке по консенсусу, расстройства, имеющие значительные различия между двумя системами (20 диагностических групп, или 19,4% оцененных расстройств), представлены в Таблице 3. Расстройства, имеющие незначительные различия в определениях (42 расстройства, 40,8%), перечислены в Таблице 4, а те, различия в которых были незначительными вследствие уровня специфичности в DSM-5 (10 рас-

стройств, 9,7%), показаны в Таблице 5. Те, которые были признаны по сути идентичными, перечислены в Таблице 6. Последующие разделы этой статьи фокусируются на значительных различиях между DSM-5 и МКБ-11 и наиболее важных незначительных различиях, включая обоснования и связанные с ними данные.

Расстройства психического развития

Нарушение развития речи и языка/ Нарушение развития языка и социальное (прагматичное) расстройство общения

CDDG МКБ-11 для нарушения развития речи и языка и критерии DSM-5 для нарушения развития речи требуют нарушений в усвоении и использовании навыков речи (например, ограниченная структура предложений, уменьшенный словарный запас), но МКБ-11 также включает «способность понимать и использовать язык в социальных контекстах, например, делая выводы, понимая вербальный юмор и разрешая двойственные смыслы (т.е. прагматичность)». Лица с нарушениями преимущественно в этой области получают диагноз нарушения развития речи и языка с уточнением «нарушение преимущественно прагматичного языка».

Лица с таким же нарушениями, но без дополнительных черт, характерных для расстройств аутистического спектра, согласно DSM-5 будут диагностированы с социальным (прагматичным) расстройством общения. Согласно DSM-4, такие лица ранее получали диагноз неспецифического расстройства развития, но эта категория была убрана из DSM-5³³.

Хотя рабочая группа МКБ-11 рассматривала введение категории социального (прагматичного) расстройства общения, она решила, что нет достаточных свидетельств отличия расстройства социальной коммуникации от расстройств аутистического спектра и от нарушения развития речи и языка^{32,34}.

Таблица 4. Расстройства с минимальными различиями в определениях между двумя диагностическими системами
Расстройство интеллектуального развития в МКБ-11/Умственная отсталость (расстройство интеллектуального развития) в DSM-5
Нарушение развития звуков речи в МКБ-11/Нарушение развития звуков речи в DSM-5
Расстройства аутистического спектра
Расстройство развития учебных навыков в МКБ-11/Специфическое расстройство учебных навыков в DSM-5
Синдром Туретта в МКБ-11/Синдром Туретта в DSM-5
Хронические моторные тики и хронические вокальные тики в МКБ-11/Длительные моторные или вокальные тики в DSM-5
Транзиторные моторные тики в МКБ-11/Временное тикозное расстройство в DSM-5
Синдром дефицита внимания и гиперактивности*
Стереотипное моторное расстройство в МКБ-11/Стереотипное моторное расстройство в DSM-5
Бредовое расстройство
Депрессивный эпизод в МКБ-11/Большой депрессивный эпизод в DSM-5
Рекуррентное депрессивное расстройство в МКБ-11/Большое депрессивное расстройство, рекуррентное, в DSM-5
Циклотимия
Генерализованное тревожное расстройство
Обсессивно-компульсивное расстройство
Дисморфное расстройство тела
Патологическое накопительство
Реактивное расстройство привязанности
Дезингибированное расстройство социальной вовлеченности
Расстройство телесного дистресса в МКБ-11/Расстройство соматических симптомов в DSM-5
Алкогольная интоксикация
Синдром отмены алкоголя
Интоксикация опиоидами
Синдром отмены опиоидов
Интоксикация каннабиноидами
Синдром отмены каннабиноидов
Интоксикация седативными и снотворными средствами
Синдром отмены седативных и снотворных средств
Интоксикация психостимуляторами
Синдром отмены психостимуляторов
Интоксикация кофеином
Синдром отмены кофеина
Интоксикация галлюциногенами в МКБ-11/Другие интоксикации галлюциногенами в DSM-5
Синдром отмены никотина в МКБ-11/Синдром отмены табака в DSM-5
Интоксикация летучими растворителями в МКБ-11/Интоксикация ингалянтами в DSM-5
Интоксикация вследствие использования диссоциативных препаратов, включая кетамин и фенциклидин, в МКБ-11/Интоксикация фенциклидином в DSM-5
Патологическое влечение к азартным играм
Пиромания
Экзгибиционизм
Вуайеризм
Педофилия
Фроттеризм
Звездочка означает, что между двумя диагностическими системами также существуют различия в уровне уточнения

Расстройства аутистического спектра

Критерии CDDG МКБ-11 и DSM-5 для расстройств аутистического спектра схожи с их концептуализацией как широкой категории («спектра»), состоящего из множества разных репрезентаций, и их специфических феноменологических черт: а) стабильного нарушения социальной коммуникации/социальных взаимодействий и б) ограниченных, повторяющихся и негибких паттернов поведения, интересов и типов активности. Однако, хотя они должны идентифицировать одних и тех же людей, существуют некоторые различия в диагностических требованиях.

Для постановки диагноза дефицита социальных коммуникаций DSM-5 требует три из следующего: а) нарушения социально-эмоциональной реципрокности, б) нарушения невербальной коммуникации и в) нарушения в создании, поддержании и понимании отношений. В соответствии со своим общим подходом относительно акцента на диагностической концепции, а не на количестве симптомов, МКБ-11 менее требовательна, и текст начинается с «презентация может включать следующее» и дает список из семи пунктов, среди которых те, которые соответствуют требованиям DSM-5.

Для ограниченных, повторяющихся и негибких паттернов в списке DSM-5 преобладают симптомы, имеющиеся и у детей с аутизмом, и с расстройствами интеллектуального развития (например, бросание предметов, сильная привязанность и занятость необычными предметами, излишнее обнюхивание и касания предметов, эхолалия). Это подчеркивает акцент на связи между аутизмом и интеллектуальными нарушениями на момент изначальной разработки критериев для аутизма³⁵. Примеры из МКБ-11 включают пункты, более характерные для лиц без интеллектуальных нарушений, ранее диагностированных с синдромом Аспергера, который теперь входит в спектр аутизма. Опять же, DSM-5 более требовательна, чем МКБ-11, требуя выполнения 2 пунктов из 4, в то время как в МКБ-11 есть список из 7 пунктов как примеров.

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ)

Диагностические критерии DSM-5 и МКБ-11 для СДВГ в целом сходны. Хотя две системы предоставляют разные перечни симптомов для невнимания и гиперактивности-импульсивности, в нюансах имеются различия, опять же подчеркивающие фокус МКБ-11 на общий диагностический концепт.

В DSM-5 и невнимание, и гиперактивность-импульсивность в сумме имеют по пять симптомов. Как минимум 6 из 9 (или минимум 5, если человеку больше 17 лет) в любом из списков должны присутствовать для постановки диагноза. В МКБ-11 нет четкого списка требуемых симптомов, вместо этого она предоставляет две большие группы симптомов, призванных снизить внутренние различия групп, и требует присутствия «нескольких» симптомов из как минимум одной группы.

Более того, хотя все симптомы из DSM-5 включены в категории МКБ-11, в ней есть дополнительный пункт для гиперактивности-импульсивности, не включенный в DSM-5: «тенденция действовать в ответ на немедленные стимулы без намерения или учета рисков и последствий (например, вовлечение в поведение с риском физического вреда; импульсивные решения; безответственное вождение)». Этот пункт был включен, чтобы лучше соответствовать определению импульсивности³⁶.

Также есть разница в требованиях относительно начала симптомов: хотя и в DSM-5, и в МКБ-11 требуется манифестация СДВГ к возрасту 12 лет, МКБ-11 требует признаков значительного невнимания и/или гиперактивности-

Таблица 5. Расстройства с минимальными различиями между двумя диагностическими системами из-за большего уровня уточнения в DSM-5
Кататония, связанная с другим психическим расстройством
Маниакальный эпизод
Гипоманиакальный эпизод
Предменструальное дисфорическое расстройство
Паническое расстройство
Агорафобия
Специфические фобии
Социальное тревожное расстройство
Тревожное расстройство разделения
Поведенческое-диссоциальное расстройство в МКБ-11/ Расстройство поведения в DSM-5

импульсивности перед этим возрастом, в то время как DSM-5 требует лишь наличия некоторых симптомов к 12 годам.

Шизофрения и другие преимущественно психотические расстройства

Шизофрения

Требования DSM-5 и МКБ-11 для шизофрении отличаются по нескольким пунктам.

Во-первых, у двух диагностических систем есть исторические различия в минимальной длительности: в определении МКБ-11 минимальная длительность определяется как «период 1 мес и более», в то время как в DSM-5, как и в DSM-4, требуются «продолжительные признаки нарушений, которые присутствуют около 6 мес и более». DSM-5 требует дополнительные 5 мес симптомов, которые могут включать продромальные или остаточные. Хотя обе диагностические системы требуют целый месяц определяющих психоз симптомов, критерии DSM-5 имеют больший шанс определить случаи с высокой вероятностью хронизации³⁷.

Требование МКБ-11 о более короткой продолжительности, вместе с квалификатором первого эпизода (также появляющимся в DSM-5), призвано простимулировать более раннее начало подходящего лечения, что, как было показано, улучшает исходы для пациентов³⁸. Категория шизофрениформного расстройства из DSM-5, которая отличается от шизофрении преимущественно длительностью симптомов (эпизод, длящийся более 1 мес, но менее 6), не включена в МКБ-11.

Требуемый паттерн симптомов также отличается. Хотя в DSM-5, и МКБ-11 требуют как минимум два типа симптомов с продолжительностью как минимум 1 мес, МКБ-11 требует «ощущения нарушений на границе «эго-мир»»³⁹, что означает ощущение пациентами навязанности их мыслей, действий или чувств внешней силой (опыт пассивности), их мыслей, физически извлекаемых из сознания (отнятие мыслей) или передачи мыслей другим (трансляции мыслей).

Такие нарушения были включены в симптомы первого ранга Шнайдера³⁹, которые, как он считал, характеризуют шизофрению в отсутствие органических причин. Хотя симптомы первого ранга были опять подчеркнуты в МКБ-11⁴⁰, опыт воздействия, пассивности или контроля были сочтены достаточно важными, чтобы остаться. В DSM-5 эти симптомы рассматриваются как примеры бреда, в то время как МКБ-11 отделяет эти «опыты» от бреда («убеждений»), который может основываться или не основываться на них.

Хотя DSM-5 ограничивает негативные симптомы шизофрении до сниженной эмоциональной экспрессии и абулии, МКБ-11 также упоминает алогию или замедление речи, асоциальность и ангедонию. Более того, DSM-5 требует нарушений в функционировании в одной или нескольких

крупных сферах, таких как работа, межличностные отношения или самообслуживание, с начала нарушений. Такого требования в МКБ-11 нет, хотя в тексте упоминается, что диагноз «часто ассоциирован» со значительным функциональным нарушением. Это подчеркивает позицию ВОЗ о том, что функциональные нарушения не должны учитываться при постановке диагноза психического расстройства, кроме тех случаев, когда это необходимо для отличия расстройства от нормы²⁸.

Хотя и МКБ-11, и DSM-5 позволяют делать уточнения относительно выраженности дименсий симптомов, эти дименсии и их признаки различны в двух системах. МКБ-11 идентифицирует 6 дименсий, оцениваемых по 4-балльной шкале (нет, мягкие, средние, выраженные): позитивные симптомы (включая галлюцинации, бред, опыт пассивности и контроля, дезорганизованное мышление и дезорганизованное поведение), негативные симптомы, депрессивные аффективные симптомы, маниакальные аффективные симптомы, психомоторные симптомы и когнитивные симптомы. DSM-5 определяет 3 основные дименсии (галлюцинации, бред, дезорганизация речи), соответствующие одной дименсии позитивных симптомов из МКБ-11, в дополнение к дименсиям негативных симптомов, нарушенного мышления, ненормального психомоторного поведения, депрессии и мании. Эти домены оцениваются по 5-балльной шкале (нет, слабые, мягкие, средние, выраженные). В DSM-5 эти рейтинги включены в дополнение под названием «Новые измерения и модели», в то время как в МКБ-11 они встречаются в основном тексте CDDG.

Шизоаффективное расстройство

Имеются значительные различия между МКБ-11 и DSM-5 в их концептуализации шизоаффективного расстройства.

В МКБ-11 требования для шизофрении должны присутствовать одновременно с таковыми для депрессивного или маниакального или смешанного эпизода, с продолжительностью как минимум один месяц, и началом психотических и аффективных симптомов или одновременно, или в пределах нескольких дней одно от другого. Поскольку это определение фокусируется на паттерне симптомов во время нынешнего эпизода, презентация человека может подходить под критерии шизоаффективного расстройства, шизофрении или расстройства настроения во время разных эпизодов его болезни.

В DSM-5, в отличие от DSM-4, диагностические критерии включают оценку взаимосвязи между аффективными и психотическими симптомами за весь период нарушений. Согласно DSM-5, для диагноза необходимы: а) непрерывный период болезни, во время которого был депрессивный или маниакальный эпизод вместе с симптомами психотическими критериями шизофрении; б) период бреда и галлюцинаций на протяжении как минимум 2 нед вне проявлений депрессивного или маниакального эпизода в какой-либо промежуток времени за время болезни; в) симптомы должны соответствовать критериям депрессивного или маниакального эпизода большую часть времени, занимаемого активной и остаточной частями болезни.

Все это может приводить к постановке разных диагнозов в DSM-5 и МКБ-11. Например, при некоторых случаях по DSM-5 будет выставлен диагноз шизоаффективного расстройства (например, месяц бреда и галлюцинаций, перешедший в месяц бреда и галлюцинаций с депрессивным эпизодом), но тот же случай будет назван шизофренией согласно МКБ-11. С другой стороны, некоторые случаи по DSM-5 получают диагноз депрессивного эпизода с психотическими чертами (например, бред и галлюцинации, наблюдаемые всю продолжительность психотического эпизода), что будет в МКБ-11 расценено как шизоаффективное расстройство.

Таблица 6. Расстройства со сходными определениями в двух диагностических системах
Нарушение развития беглости речи в МКБ-11/ Нарушение беглости речи с началом в детском возрасте в DSM-5
Нарушение развития координации движений в МКБ-11/ Нарушение развития координации в DSM-5
Шизотипическое расстройство в МКБ-11/ Шизотипическое расстройство личности в DSM-5
Депрессивный эпизод в МКБ-11/Большое депрессивное расстройство, единичный эпизод, в DSM-5
Биполярное расстройство 1 типа в МКБ-11/Биполярное расстройство 1 в DSM-5
Биполярное расстройство 2 типа в МКБ-11/Биполярное расстройство 2 в DSM-5
Селективный мутизм
Трихотилломания
Расстройство сдирания кожи
Диссоциативное расстройство с неврологическими симптомами в МКБ-11 (в диссоциативных расстройствах)/Функциональное расстройство с неврологическими симптомами (в расстройстве соматических симптомов и связанных с ним) в DSM-5
Диссоциативная амнезия
Расстройство деперсонализации-дереализации
Нервная анорексия
Избегающе-ограничительное расстройство приема пищи
Извращенный аппетит
Повторное пережевывание и заглатывание пищи, выброшенной из желудка в рот, в МКБ-11/Расстройство пережевывания в DSM-5
Энурез
Энкопрез
Клептомания
Интермиттирующее эксплозивное расстройство
Симулятивное расстройство, налагаемое на себя (в симулятивных расстройствах в МКБ-11 и в расстройстве соматических симптомов и связанных с ним в DSM-5)
Симулятивное расстройство, налагаемое на других (в симулятивных расстройствах в МКБ-11 и в расстройстве соматических симптомов и связанных с ним в DSM-5)
Делирий
Легкое нейрокогнитивное расстройство
Вторичный психотический синдром в МКБ-11 (во вторичных психических и поведенческих нарушениях, связанных с расстройствами и заболеваниями, классифицированными в других рубриках)/Психотическое расстройство вследствие другого медицинского состояния в DSM-5 (в расстройствах шизофренического спектра и других психотических расстройствах)
Вторичный аффективный эпизод в МКБ-11 (во вторичных психических и поведенческих нарушениях, связанных с расстройствами и заболеваниями, классифицированными в других рубриках)/Биполярное и связанные с ним расстройства вследствие другого медицинского состояния в DSM-5 (в депрессивных расстройствах)
Вторичный тревожный синдром в МКБ-11 (во вторичных психических и поведенческих нарушениях, связанных с расстройствами и заболеваниями, классифицированными в других рубриках)/Тревожное расстройство вследствие другого медицинского состояния в DSM-5 (в тревожных расстройствах)
Вторичное обсессивно-компульсивное или связанное с ним расстройство в МКБ-11 (во вторичных психических и поведенческих нарушениях, связанных с расстройствами и заболеваниями, классифицированными в других рубриках)/Обсессивно-компульсивное или связанное с ним расстройство вследствие другого медицинского состояния в DSM-5 (в обсессивно-компульсивном или связанных с ним расстройствах)
Вторичное изменение личности в МКБ-11/Изменение личности вследствие другого медицинского состояния в DSM-5 (в расстройствах личности)
Вторичный кататонический синдром в МКБ-11/Кататоническое расстройство вследствие другого медицинского состояния в DSM-5 (в расстройствах шизофренического спектра и других психотических расстройствах)
Психологические и поведенческие факторы, влияющие на расстройства и заболевания, классифицированные в других рубриках в МКБ-11/Психологические факторы, влияющие на другие медицинские состояния (в расстройстве соматических симптомов и связанных с ним) в DSM-5

Такие подходы к диагностике шизоаффективного расстройства в DSM-5 и МКБ-11 частично отражают выбор между диагностической стабильностью (часть диагностической валидности)⁴¹ и диагностической используемостью, которая во многом влияет на надежность. Поскольку диагноз из DSM-5 принимает во внимание симптомы на протяжении жизни, он может считаться довольно стабильным. Но такой подход может сделать диагностическую надежность труднодостижимой. В самом деле, диагноз шизоаффективного расстройства в DSM страдает от недостатка надежности⁴². В МКБ-11 же подчеркивается сложная природа клинической картины многих психотических расстройств со временем.

Острые и транзиторные психотические расстройства/Краткий психотический эпизод

Категория МКБ-11 об острых и транзиторных психотических расстройствах подразумевает острое начало психотических симптомов на протяжении 2 нед, быстрые их изменения в выраженности и природе со временем, и длительность до 3 мес (хотя в среднем более распространена длительность около 1 мес).

В отличие от МКБ-10, позволяющей несколько возможных презентаций, МКБ-11 ограничивает диагноз до «полиморфного расстройства» из МКБ-10, основываясь на его большей диагностической стабильности^{43,44}, и советует не использовать эту категорию для диагностики ранних проявлений шизофрении.

Наиболее близкая категория из DSM-5, краткое психотическое расстройство, целиком основывается на продолжительности психотических симптомов (менее 1 мес) и не имеет требования по изменению симптомов.

Различные подходы к острым и транзиторным психическим расстройствам в МКБ-11 во многом объясняются международной природой этой диагностической системы и тем, что похожие состояния распространены в странах с низким и средним уровнем дохода и среди популяций мигрантов^{43,45}.

Расстройства настроения

Депрессивный эпизод/Большой депрессивный эпизод

Определения (большого) депрессивного эпизода в МКБ-11 и DSM-5 почти одинаковы: как минимум 5 симптомов на протяжении минимум 2 недель, из которых один должен быть сниженным настроением или сниженным интересом к приносящим удовольствие вещам. Одно отличие в том, что в МКБ-11 требуется пять симптомов из 10, а список в DSM-5 включает только 9 симптомов. Дополнительный симптом в МКБ-11 – чувство безнадежности относительно будущего – был включен на основании эмпирических доказательств того, что он работает лучше половины других симптомов депрессии для различения депрессивных и недепрессивных лиц⁴⁶. В отличие от этого, в DSM-5 включено «чувство беспомощности» как субъективный индикатор сниженного настроения.

МКБ-11 и DSM-5 также различаются в диагностике депрессивного эпизода в процессе горевания. Рекомендации МКБ-11 рекомендуют ставить диагноз депрессивного эпизода, только если симптомы не объясняются лучше тяжелой утратой⁴⁷, со следующими словами: «наличие депрессивного эпизода вместе с потерей предполагается при наличии постоянных симптомов депрессии месяц или более после потери (т.е. нет периодов хорошего настроения или получения удовольствия от действий), выраженных симптомов депрессии, таких как заметно низкая самооценка и чувство вины, не связанные с утратой, наличие психотиче-

ских симптомов, суицидальные мысли или психомоторная заторможенность». Хотя в DSM-5 не включены указания для клинициста не диагностировать депрессивный эпизод, если имеет место нормальная реакция горя, там есть заметка о том, что «присутствие большого депрессивного эпизода при нормальном процессе горевания ... должно быть осторожно рассмотрено», и далее краткие отличия нормального горя от большого депрессивного эпизода.

Подход МКБ-11 к этому вопросу поддерживается лонгитудинальными проспективными исследованиями^{48,49}, сообщающими о риске последующих депрессивных эпизодов у лиц с изначальной связанной с утратой депрессией, который не отличается от такового у пациентов без депрессии в анамнезе, и был значительно меньше, чем у пациентов с депрессией, не связанной с утратой, что предполагает, что связанные с утратой депрессивные эпизоды должны рассматриваться отдельно.

Смешанный эпизод/Большой депрессивный, маниакальный или гипоманиакальный эпизод со смешанными чертами

Раздел расстройств настроения МКБ-11 предоставляет инструкции для четырех эпизодов: депрессивный, маниакальный, смешанный и гипоманиакальный. Смешанный эпизод определяется как период как минимум в 2 нед, характеризующийся наличием нескольких выраженных маниакальных и депрессивных симптомов, которые имеются одновременно или сменяют друг друга очень быстро (изо дня в день или несколько раз в течение дня). Там уточняется, что, когда преобладают симптомы мании, частые противоположные симптомы – дисфория, выражение идей бесполезности, безнадежности и суицидальные мысли. Если же преобладают депрессивные симптомы, частые противоположные симптомы – раздражительность, наплывы мыслей, повышенная разговорчивость и повышенная активность. Настроение меняется в течение эпизода (т.е. настроение должно быть сниженным, дисфоричным, эйфоричным или возбужденным на протяжении минимум 2 нед).

В DSM-5 имеются три типа аффективных эпизодов: депрессивный, маниакальный и гипоманиакальный. Вместо включения смешанного эпизода имеется спецификатор «со смешанными чертами», который может применяться ко всем трем типам эпизодов. Если он применяется к маниакальному или гипоманиакальному эпизоду, он подразумевает, что как минимум три специфические черты депрессии должны иметься на протяжении большей части эпизода. Если он применяется к большому депрессивному эпизоду, то минимум три специфические черты мании (напр., повышенное настроение, повышенная самооценка, повышенное вовлечение в рискованные действия) должны присутствовать на протяжении большей части депрессивного эпизода.

Характеристика большой депрессии со смешанными чертами в DSM-5 критиковалась, потому что она не включает некоторые ключевые для смешанной депрессии характеристики, согласно и классической, и недавней литературе (напр., раздражительность и возбуждение)⁵⁰. В самом деле, в вопросах ответа на лечение депрессия со смешанными чертами в DSM-5 отличается от таковой, диагностированной согласно классическому определению в литературе⁵¹. Более того, DSM-5 не учитывает «нестабильные» смешанные эпизоды, в которых депрессивные и маниакальные симптомы переменяются быстро, а не сосуществуют одновременно.

Дистимия/Рекуррентное депрессивное расстройство

МКБ-11 продолжает отделять дистимию в отдельную диагностическую категорию (постоянно сниженное настро-

ние, сопровождаемое дополнительными депрессивными симптомами на протяжении дня, большую часть дней, без полноценных депрессивных эпизодов в первые два года). После первых двух лет, если выполняются критерии для депрессивного эпизода или рекуррентного депрессивного расстройства, такой диагноз может быть поставлен. Квалификатор «настоящий продолжительный эпизод» может добавляться к депрессивному эпизоду или к рекуррентному депрессивному расстройству, если нынешний эпизод продолжается более 2 лет.

DSM-5 же, наоборот, комбинирует дистимию и хроническое большое депрессивное расстройство в одну категорию, рекуррентное депрессивное расстройство, предпочитая хронизацию variability симптомов и их выраженности. Такой подход не применялся в МКБ-11, потому что нынешняя система классификации была сочтена более точно описывающей состояние в каждый момент времени, что влечет за собой последствия для лечения, поскольку свидетельства сосуществования большого депрессивного расстройства и дистимии были признаны рабочей группой недостаточными.

Тревожные и связанные со страхом расстройства

Генерализованное тревожное расстройство

Для диагноза генерализованного тревожного расстройства (ГТР) и МКБ-11, и DSM-5 требуют симптомов тревоги, сохраняющихся больше дней, чем их отсутствие. Оба определения, однако, различаются по необходимой длительности симптомов и манифестациям тревоги.

В DSM-5 минимальная длительность симптомов ГТР 6 мес, в то время как МКБ-11 требует присутствия симптомов «как минимум несколько месяцев», что соответствует исследованиям, согласно которым лица с симптомами, похожими на ГТР, длящимися менее 6 мес, не отличаются от тех, у кого они длятся 6 мес и более, в вопросах момента начала, продолжительности, нарушений, коморбидности, наличия ГТР у родителей и социо-демографических коррелят⁵².

Обе системы позволяют ставить диагноз, основываясь на ключевых чертах, таких как тревога и беспокойство по большому количеству поводов, действий или сторон жизни, но МКБ-11 также позволяет общую формулировку «опасения», не относящиеся к каким-либо сторонам жизни (так называемая «свободная тревога») как основу для диагноза. Это объясняется тем, что некоторые пациенты не способны объяснить причину своего беспокойства⁵³, и применение DSM-5 в разных культурах может упустить случаи расстройства^{54,55}.

Списки ассоциированных симптомов в МКБ-11 и DSM-5 также несколько различаются. В них общие 5 из 6 симптомов, но МКБ-11 включает «автономную симпатическую гиперактивность» вместо «быстрой усталости» из DSM-5, поскольку она лучше помогает дифференцировать ГТР от депрессивного эпизода⁵⁶.

Обсессивно-компульсивные и сходные расстройства

Ипохондрия/Расстройство соматических симптомов или Расстройство с тревогой о болезни

МКБ-11 определяет ипохондрию как постоянную озабоченность или страх возможности иметь серьезное медицинское заболевание, связанное с заметной неправильной интерпретацией телесных симптомов, которые могут манифестировать, или как повторяющееся и излишнее связанное со здоровьем поведение, или как дезадаптивное избежание событий, связанных со здоровьем⁵⁷.

В DSM-5 такие случаи могут быть диагностированы или как расстройство соматических симптомов, или как расстройство с тревогой о заболеваниях, в зависимости от того, происходят ли заботы человека о здоровье из непонимания значения соматических симптомов, которые на данный момент имеются (в таком случае диагноз – расстройство соматических симптомов), или тревога о здоровье имеется в отсутствие значимых проблем с ним (тогда это расстройство с тревогой о заболевании).

Расстройства, связанные со стрессом

Посттравматическое стрессовое расстройство

МКБ-11 предоставляет две отдельные диагностические категории для психиатрических симптомов, продолжающихся минимум несколько недель, которые развиваются в контексте сильно травмирующих событий: посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) и сложное посттравматическое стрессовое расстройство (СПТСР). ПТСР призвано уловить основу ответа на травму (повторное переживание травмы в настоящем, избегание напоминаний о травме, повышенное ощущение опасности в настоящем). СПТСР призвано описать более постоянные связанные со стрессом симптомы и реакции, которые, в дополнение к основным реакциям ПТСР, также включают появление постоянных симптомов: дисрегуляции настроения, негативной самооценки, и сложностей в отношениях^{58,59}.

DSM-5 предлагает одну категорию для посттравматических симптомов – ПТСР. Три основных кластера симптомов («симптомы вторжения, связанные с травматическим событием», «избегание стимулов, связанных с событием» и «заметное изменение сознания и реактивности») обычно соответствуют ключевым симптомам МКБ-11. Однако DSM-5 имеет дополнительный кластер симптомов («негативные изменения когнитивных и настроения»), который включает два из трех дополнительных необходимых элементов рекомендаций МКБ-11 для СПТСР (постоянные мысли о себе как униженном, слабом или ненужном; постоянные трудности в поддержании отношений и в ощущении близости с другими).

Сравнение МКБ-11 и DSM-5 по требованиям для ПТСР показало, что хотя по МКБ-11 оно наиболее широко характеризуется наличием травмирующего события, более узко оно описывается симптомами ответа на него. И МКБ-11, и DSM-5 требуют, чтобы и при ПТСР, и при СПТСР травма была «очень значительной и тяжелой по содержанию», и содержат список примеров, который назван неполным. С другой стороны, DSM-5 утверждает, что необходима «встреча с реальной или угрожающей смертью, серьезной травмой или сексуальным насилием», и уточняет четыре возможных способа встречи с ними: прямой опыт травмирующего события, присутствие при том, как другие испытывали это, узнавание того, что подобное случилось с близким членом семьи или другом, и «опыт частого воздействия травматических событий (т.е. волонтеры, собирающие человеческие останки; офицеры полиции, расследующие насилие над детьми)». Специфичность и четкость критериев DSM-5 частично проистекают из нужд судебной психиатрии из-за возможного неправильного использования диагноза ПТСР в случаях увечий или инвалидности. Такие более узкие понятия стрессоров подразумевают, что все случаи ПТСР из DSM-5 будут таковыми в МКБ-11, но не наоборот.

С точки зрения симптомов симптомы из МКБ-11 о повторении опыта травматического события и повышенного ощущения опасности в настоящем более узко определены,

чем их аналоги в DSM-5. МКБ-11 включает навязчивые мысли, флешбэки, ночные кошмары, повторный опыт тех же ощущений и эмоций от травматического события. Соответствующий кластер симптомов из DSM-5 более узко определен в том плане, что он не ограничен эмоциями и физическими ощущениями, имевшимися на момент травмы. Ключевой симптом МКБ-11 об ощущении повышенной опасности, усиленной бдительности, усиленного ответа на стимулы более узко определен, чем соответствующее «заметное изменение возбуждения и реактивности» из DSM-5, что также включает раздражительное поведение и вспышки гнева, безответственное и самоповреждающее поведение, проблемы с концентрацией и нарушения сна. Так что, хотя МКБ-11 требует, чтобы при каждом случае ПТСР была повышенная бдительность и усиленный ответ на стимулы, DSM-5 позволяет ставить такой диагноз без этих симптомов.

Исследования по сравнению диагностических требований МКБ-11 и DSM-5 показали несколько более низкие уровни постановки диагноза ПТСР с помощью МКБ-11^{60,61}, и что две системы диагностируют его в несколько различных группах²⁵. Более того, включение нарушений сна и проблем с концентрацией в DSM-5, которые также характеризуют многие расстройства настроения и тревожные расстройства, а также длительное плохое эмоциональное состояние, сниженный интерес к участию в активности, и стабильную неспособность испытывать приятные эмоции, может привести к смазанным уровням коморбидности с другими расстройствами, особенно депрессивными⁶².

Расстройство адаптации

И МКБ-11, и DSM-5 описывают расстройство адаптации с помощью симптомов, развивающихся в ответ на определенный стрессор, которые не подходят под критерии для другого психического расстройства.

Расстройство адаптации часто критиковали как плохо определенное состояние, состоящее из подпороговой симптоматики, относящейся к стрессору, который часто идентифицируется постфактум⁶³. Поэтому в МКБ-11 было добавлено уточнение, не включенное в DSM-5, – что имеющиеся симптомы отражают неадаптивную реакцию на стрессор: «сфокусированность на стрессоре и его последствиях, включая повышенное беспокойство, повторяющиеся тяжелые мысли о нем, или постоянное обдумывание его последствий»^{64,65}.

Острая реакция на стресс/

Острое стрессовое расстройство

В отличие от своего статуса в МКБ-10 и DSM-5, в МКБ-11 острая реакция на стресс более не считается психическим расстройством, и перенесена в разделе о факторах, влияющих на здоровье или контакт со службой здравоохранения.

Острая реакция на стресс описывает выраженный ответ на ситуацию особенно тяжелой или ужасающей природы (такие же типы травм, как описаны при ПТСР). По определению, ответ на травматическое событие должен оцениваться клиницистом как «нормальный относительно силы стрессора». Такие ответы могут включать преходящие эмоциональные, соматические когнитивные или поведенческие симптомы, такие как растерянность, грусть, тревога, злость, социальное отдаление, амнезия, деперсонализация или ступор. Вмешательство может понадобиться, даже если ответ не патологический.

В DSM-5 острое стрессовое расстройство включено в группу расстройств, связанных с травмой или стрессом,

требуя минимум 9 симптомов из 14 (большинство из которых имеются и в списке для ПТСР), разделенных на пять групп: симптомы вторжения, плохое настроение, симптомы диссоциации, симптомы избегания и симптомы, связанные с сознанием. Такие манифестации чаще начинаются сразу после травмы, но требуется их наличие более 3 дней и до 1 мес, чтобы соответствовать диагностическим критериям. Острое стрессовое расстройство может перейти в ПТСР после 1 мес, или пройти в течение 1 мес от травмы.

Диссоциативные расстройства

Диссоциативное расстройство личности

И в МКБ-10, и в DSM-4 была категория (расстройство множественной личности или диссоциативное расстройство личности соответственно), подразумевающая наличие двух или более отличающихся состояний личности, берущих контроль над поведением человека. Однако имеющиеся свидетельства говорят о том, что в большинстве случаев личности не берут контроль над поведением⁶⁶. Поэтому в МКБ-11 и DSM-5 были внесены изменения, но разные.

DSM-5 расширило группу диссоциативных расстройств, убрав требование о попеременном контроле над поведением. МКБ-11 же добавило новую категорию, частичное диссоциативное расстройство личности, в котором одна личность преобладает в ежедневных условиях, но иногда уступает место другой.

Другое важное отличие в том, что в DSM-5 диссоциативное расстройство личности требует «периодических провалов в памяти дневных событий, важной личной информации, не похожих на обычную забывчивость», в то время как в МКБ-11 не требуется диссоциативной амнезии для диагноза и диссоциативного расстройства личности, и частичного диссоциативного расстройства личности. Тем не менее рекомендации МКБ-11 уточняют, что «эпизоды значительной амнезии часто имеют место в какой-либо момент течения заболевания», в то время как при частичном расстройстве они «кратки и ограничены сильными эмоциональными потрясениями или эпизодами самоповреждения» или отсутствием⁶⁷.

Расстройства питания и пищевого поведения

Нервная булимия и расстройство переедания

И в МКБ-11, и в DSM-5 нервная булимия и расстройство переедания характеризуются поглощением большого количества еды. При нервной булимии это сопровождается повышенным соответствующим компенсаторным поведением (например, вызыванием рвоты, голоданием, использованием диуретиков, изнуряющими упражнениями).

МКБ-11 и DSM-5, однако, отличаются определением переедания. Хотя обе системы сходятся в том, что это субъективная потеря контроля над потреблением пищи⁶⁸, DSM-5 также требует ее объективного компонента, т.е. чтобы объем пищи, съеденной за промежуток времени (например, 2 ч), был больше, чем съедаемый большинством людей. МКБ-11 просто требует, чтобы человек ел больше или по-другому, чем обычно.

Следовательно, некоторое поведение, которое согласно МКБ-11 будет признано перееданием (т.е. эпизоды, когда человек съедает нормальное количество еды, но не может ограничивать ее качество или количество), в DSM-5 не будут так квалифицироваться. Исследования на данный момент⁶⁹⁻⁷² показывают, что лица с таким субъективным опытом демонстрируют значительный дистресс, психологический дискомфорт и снижение качества жизни, как и те, нарушения у которых определены объективно.

Расстройства, обусловленные употреблением психоактивных веществ или аддиктивным поведением

Существуют несколько значимых различий между употреблением ПАВ в МКБ-11 и DSM-5.

В МКБ-11 есть несколько классов зависимостей, не уточненных в DSM-5: синтетические каннабиноиды (в DSM-5 в классе каннабиноидов), кокаин (в классе стимуляторов в DSM-5), синтетические катиноны (класс других и неизвестных в DSM-5) и метилendioксифенэтиламин (МДМА) (класс галлюциногенов в DSM-5). Эти классы были включены в МКБ-11 из-за увеличившегося их значения в плане общественного здоровья⁷³, с целью облегчения сбора данных по их распространенности.

Также имеются концептуальные различия в расстройствах. МКБ-11 идентифицирует три расстройства по паттерну потребления ПАВ: одиночный эпизод пагубного употребления (употребление, вызвавшее значительный вред физическому или психическому здоровью человека, или изменения в поведении, приведшие к вреду окружающим); пагубный характер употребления (характер повторяющегося вредного употребления, вызвавший значительный вред физическому или психическому здоровью человека, или изменения в поведении, приведшие к вреду окружающим); и зависимость от ПАВ (характеризуется нарушенным контролем над употреблением ПАВ, учащением потребления по жизни, и непрекращающимся употреблением несмотря на вред разным сторонам жизни).

Различные категории пагубного употребления и зависимости призваны помочь раннему распознаванию проблем зависимости, чтобы отличить паттерны потребления, которые могут ответить на краткое психологическое вмешательство, такое как мотивационное интервьюирование, от тех, которые могут потребовать более серьезного лечения, в том числе детоксикации и поддерживающего лечения агонистами⁷⁴. Более того, категории пагубного употребления важны для ВОЗ для оценки общественного здоровья и влияния коморбидности потребления ПАВ и смертности⁷⁵.

С другой стороны, в DSM-5 категория употребления ПАВ определяет три уровня выраженности в зависимости от количества имеющихся критериев: легкая – два или три, средняя – четыре или пять, тяжелая – шесть и более из 11 критериев. Не существует диагнозов, аналогичных пагубному употреблению и пагубному характеру употребления из МКБ-11: ни один из критериев не может быть оценен по характеру употребления, повлекшему вред для физического или психического здоровья или вред близким.

Существует довольно тесная связь между 11 критериями зависимости от ПАВ из DSM-5 и тремя основными элементами для нее из МКБ-11⁷⁶. Однако многие из случаев, оцениваемых согласно DSM-5 как зависимость средней или тяжелой степени, не будут так квалифицированы согласно МКБ-11 из-за нескольких факторов. Первый – гораздо меньшая доля пунктов должна выполняться по DSM-5 для постановки диагноза зависимости (2 из 11) по сравнению с МКБ-11 (2 из 3). Во-вторых, один пункт МКБ-11 – «повышающаяся с годами частота употребления» включает в себя 5 пунктов из DSM-5 (т.е. время на получение вещества, проблема с выполнением ролевых обязательств, продолжающийся прием несмотря на социальные или межличностные проблемы, бросание важной деятельности, и продолжающееся употребление несмотря на физические или эмоциональные проблемы). И, кроме того, два пункта из DSM-5 («тяга» и «повторяющееся употребление в условиях, которые физически небезопасны») не совпадают ни с одним пунктом МКБ-11.

Исследование Всемирных Психиатрических Опросов²⁶ о распространенности расстройств, вызванных употреблением

ем алкоголя и каннабиса, обнаружило высокую конкордантность МКБ-11 с МКБ-10 и DSM-4 (все значения $k < 0,94$), но конкордантность между зависимостью от ПАВ в МКБ-11 и таковой из DSM-5 средней или тяжелой степени была значительно ниже ($k \geq 0,70$ для алкоголя и $k = 0,63$ для каннабиса), предполагая, что эти системы не идентифицируют одни и те же группы. Необходимы дальнейшие эмпирические исследования отличий в распространенности употребления других классов ПАВ и последствий их применения в клинической практике.

Нарушения поведения и диссоциальные расстройства

Оппозиционное вызывающее расстройство с хронической раздражительностью-гневом/Расстройство дизрегуляции настроения

Диагностические требования МКБ-11 и DSM-5 для оппозиционно-вызывающего расстройства (ОВР) в целом одинаковы (т.е. постоянный паттерн заметно непослушного, провокационного или злого поведения, несовпадающий с возрастом и уровнем развития).

Однако МКБ-11 включает подтипы, которых нет в DSM-5: ООР без хронической раздражительности-гнева, ООР с хронической раздражительностью-гневом характеризуется сохраняющимся злым или раздражительным поведением и вспышками гнева. С другой стороны, DSM-5 классифицирует такую клиническую картину как отдельное состояние, расстройство дизрегуляции настроения (РДН), в группе депрессивных расстройств.

РДН было добавлено в DSM-5, чтобы дать базу для детей, которым неправильно был выставлен диагноз биполярного расстройства, и поэтому предоставлялось неправильное лечение антипсихотиками и нормотимиками^{31,77}.

Причины рассматривать хроническую раздражительность как подтип в МКБ-11, а не отдельное расстройство, следующие: а) свидетельства, подтверждающие валидность и клиническую применимость структуры симптомов ООР с подтипами, основанными на наличии хронической раздражительности-гнева³¹, б) то, что рабочая группа МКБ-11 назвала сомнительной валидностью РДН⁷⁸. Исследования на клинической и общественной выборках обнаружили, что у 70–100% детей с РДН имеются симптомы ООР, что говорит, что раздражительность и поведенческие симптомы дименсий ООР не разделяемы на несколько расстройств^{77,79-82}.

Недавнее основанное в интернете полевое исследование с использованием описаний клинических случаев показало, что рекомендации МКБ-11 вели к более точной идентификации выраженной раздражительности и лучшему отграничению ее от пограничных проявлений. Те же, кто использовал DSM-5, часто не могли отличить РДН, когда это стоило сделать, и чаще применяли психопатологические диагнозы к раздражительности, соответствующей нормальному уровню развития⁸³.

Расстройства личности

В отличие от DSM-5, в которой были оставлены 10 категорий расстройств личности из DSM-5, подход МКБ-11⁸⁴ подразумевает вначале принятие решения о том, выполняются ли общие клинические критерии для расстройств личности, затем определение его тяжести (легкая, умеренная, тяжелая), а затем описание заметных черт человека, вносящих вклад в нарушение личности с помощью трех доменов (негативная аффективность, отстраненность, диссоциальность, дисингибирование и ананкастность).

Также доступен спецификатор «с пограничным паттерном», критерии которого близки к таковым для погранич-

ного расстройства личности из DSM-5, который был добавлен из-за беспокойства клиницистов и исследователей расстройств личности о последовательности ведущихся исследований⁸⁵. МКБ-11 также имеет категорию акцентуированных личностных черт, упомянутую в главе о факторах, влияющих на здоровье и контакт с системой здравоохранения, которые являются выраженными характеристиками личности, которые могут влиять на лечение или доступ к здравоохранению, но не доходят до того уровня выраженности, чтобы получить диагноз расстройства личности.

Хотя во время разработки DSM-5 было внесено предложение применить гибридную категориально-дименсиональную систему диагноза расстройств личности, попытка в итоге не имела результата⁸⁶. Альтернативная модель расстройств личности из DSM-5 представлена в одном из дополнений (секция 3) диагностической системы.

Парафилии

При разработке классификации парафилий ВОЗ старалась провести границу между состояниями, важными для общественного здоровья и наиболее часто встречающимися в клинической и судебной практике, и теми паттернами возбуждения, более важными в личной жизни людей²¹. Следовательно, МКБ-11 разделяет парафилии, вовлекающие лиц, не давших согласия, или тех, чей возраст или статус делает их неспособными его дать (например, дети подросткового возраста, ничего не ожидающий человек, за которым наблюдают через окно), от тех, паттерн возбуждения которых подразумевает одиночное поведение или лиц, давших согласие.

Среди тех парафилий, которые подразумевают участие лиц без их согласия, МКБ-11 включает 5 категорий (экзибиционизм, вуайеризм, педофилия, принудительный сексуальный садизм, фроттеризм) и категорию других (другие парафилии, включающие лиц, не давших согласия). Для парафилий, не сфокусированных на лицах, не давших согласия, МКБ-11 имеет только одну категорию – парафилии, паттерн возбуждения которых подразумевает одиночное поведение или лиц, давших согласие, которая должна диагностироваться, только если человек испытывает значительный дистресс относительно того, что вызывает возбуждение, который не является просто следствием или боязнью отвержения другими, или природа парафилии подразумевает значительный риск увечья или смерти человека или его партнера (например, асфиксиофилия).

Категория парафилий, подразумевающих одиночное поведение или лиц, давших согласие, таким образом, может быть использована для постановки диагноза сексуального мазохизма, сексуального садизма с согласием, переодевания, или фетишизма, соответствующих подобным диагнозам в МКБ-10, если требования по дистрессу или вреду соблюдаются. Эти категории МКБ-10 не переносились в МКБ-11, поскольку они излишне стигматизируют вариации в сексуальном возбуждении, которые сами по себе не ассоциированы с дистрессом, функциональными нарушениями, вредом или нарушением чужих прав⁸⁷.

С другой стороны, DSM-5 продолжает иметь отдельные категории для сексуального мазохизма, фетишизма, трансвестизма, не разделяет садизм по согласию и без него, не отделяет дистресс, связанный с отвержением в диагностических требованиях для парафилий по согласию или индивидуальным парафилий.

DSM-5 позволяет также ставить диагнозы парафилий, основываясь на клинически значимом дистрессе или функциональных нарушениях, вызванных паттернами возбуждения. МКБ-11 позволяет то же самое для дистресса, но не рассматривает функциональные нарушения в диагностических требованиях для парафилий, потому что перевеши-

вают опасения о неправильном использовании этого элемента для стигматизации и даже криминализации подобного сексуального поведения⁸⁷.

Нейрокогнитивные расстройства

Деменция и амнестическое расстройство/ Большое нейрокогнитивное расстройство

В МКБ-11 деменция характеризуется снижением уровня когнитивного функционирования по сравнению с предыдущим осмотром, с нарушениями в как минимум двух доменных, которое значительно влияет на независимость человека в каждодневной деятельности. В DSM-5 большое нейрокогнитивное расстройство заменило деменцию из DSM-4, и может быть диагностировано при свидетельствах заметного когнитивного снижения только в когнитивном домене.

Требование нарушений только в одном домене из DSM-5 обусловлено желанием ставить диагноз большого нейрокогнитивного расстройства, основываясь на тяжести нарушений, а не на более широком их спектре. Поэтому, хотя в МКБ-11 амнестическое расстройство, характеризующееся нарушением памяти, непропорциональным относительно нарушений других функций, не попадает под критерии деменции, но в DSM-5 оно может быть вариантом большого нейрокогнитивного расстройства.

И МКБ-11, и DSM-5 имеют типы деменции, основанные на медицинской или фармакологической этиологии, каждый со своим определением. Хотя и МКБ-11, и DSM-5 предоставляют определения для одиннадцати самых распространенных (например, болезнь Альцгеймера, кардиоваскулярная, фронто-tempоральная дегенерация), МКБ-11 также имеет категории для деменции из-за влияния тяжелых металлов и других токсинов, из-за рассеянного склероза, гидроцефалии с нормальным давлением, пеллагры или синдрома Дауна.

К тому же многие из отдельных категорий деменции из DSM-5 имеют спецификаторы «вероятная» и «возможная», которые во многом были адаптированы из неврологической литературы⁸⁸⁻⁹¹. В МКБ-11 доступны отдельные категории, основанные на уровне клинической точности.

Психические и поведенческие расстройства, связанные с беременностью, родами и послеродовым периодом/спецификатор «с околородовым началом»

МКБ-11 имеет две категории для расстройств, связанных с беременностью, родами или послеродовым периодом, которые различаются тем, имеются ли бред, галлюцинации и другие психотические симптомы. В любом случае, если состояние попадает под критерии для любого другого психического расстройства, тот диагноз тоже должен быть выставлен.

В DSM-5 нет таких категорий, но есть спецификатор «с околородовым началом» (который не кодируется), который может применяться к краткому психотическому расстройству, биполярному расстройству и большому депрессивному расстройству для определения того, что начало расстройства было во время беременности или в первые 6 нед послеродового периода. Следовательно, подходы МКБ-11 и DSM-5 функционально сходны, но МКБ-11 подразумевает кодирование двух диагнозов, а DSM-5 позволяет клиницисту передать это с помощью одного диагноза.

Подход МКБ-11 был адаптирован, чтобы отразить опыт акушеров и других специалистов в области здравоохранения, которые в первую очередь сфокусированы на периоде беременности, родов и послеродовой помощи, и которые

выставляют диагнозы «послеродовая депрессия» и «послеродовый психоз»⁹². Для психиатров, важнее психиатрическая картина, а тот факт, что она связана с беременностью, является скорее уточнением.

ОБСУЖДЕНИЕ

Наш анализ показал, что классификация расстройств в МКБ-11 гораздо ближе к DSM-5, чем МКБ-10 к DSM-4. Мы нашли 31 расстройство с практически одинаковыми диагностическими требованиями, и 10 таких, которые отличались только большей специфичностью в DSM-5, чем в рекомендациях МКБ-11. Сравните это только с одним похожим расстройством в МКБ-10 и DSM-4¹³.

Значимые различия были примерно в 20% категорий, и 26 расстройств присутствовали только в одной из систем. Небольшие концептуальные различия присутствовали в 40% понятий. Благодаря разработке МКБ-11, эти различия не случайны, а обусловлены различными целями и интересами двух систем, а также разной интерпретацией данных исследований.

В зависимости от уровня операционализации предполагается, что строгий основанный на критериях подход ведет к большей надежности, но одно исследование детских диагнозов проводило прямое сравнение (DSM-2 и DSM-3), и показало только слабое увеличение надежности⁹³. Результаты полевых исследований МКБ-11⁹⁴ также подвергли вопросу это мнение.

Относительно концептуальных различий, R. Kendell уже 30 лет назад сказал⁹⁵, что они практически гарантированы, учитывая разные цели спонсирующих организаций, но они «могут дать сообществу выбор между двумя разными альтернативами»^{95,c.299}. В самом деле, уже можно видеть увеличение числа исследований по различающимся областям, таким как ПТСР/СПТСР^{59,61}, расстройства личности^{96,99} и детская раздражительность-гнев^{31,83}. Это наилучший способ увеличить валидность со временем.

В заключение, классификации психических расстройств МКБ и DSM сейчас наиболее близки со времен МКБ-8 и DSM-2. Отличия имеются из-за разных целей АПА и ВОЗ, и разных способов использования классификаций. Разные способы описания тех же состояний позволяют проверять валидность и применимость, что может способствовать продвижению исследований в психиатрии.

Библиография

1. Clark LA, Cuthbert B, Lewis-Fernández R et al. ICD-11, DSM-5, and RDoC: three approaches to understanding and classifying mental disorder. *Psychol Sci Publ Int* 2017;18:72-145.
2. World Health Organization. Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death, 1965 revision. Geneva: World Health Organization, 1967.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 2nd ed. Washington: American Psychiatric Association, 1968.
4. Blashfield RK, Keeley JW, Flanagan EH et al. The cycle of classification: DSMI through DSM-5. *Annu Rev Clin Psychol* 2014;10:25-51.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association, 1980.
6. World Health Organization. International statistical classification of diseases, injuries, and causes of death, 9th revision. Geneva: World Health Organization, 1979.
7. Spitzer RL. Values and assumptions in the development of DSM-III and DSM-III-R: an insider's perspective and a belated response to Sadler, Hulgus, and Agich's "On values in recent American psychiatric classification". *J Nerv Ment Dis* 2001;189:351-9.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed, revised. Washington: American Psychiatric Association, 1987.

9. Mezzich JE, Fabrega H Jr, Mezzich AC et al. International experience with DSM-III. *J Nerv Ment Dis* 1985;173:738-41.
10. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision (ICD-10). Geneva: World Health Organization, 1992.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
12. World Health Organization, U.S. Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration. Mental disorders, alcohol, and drug-related problems: international perspectives on their diagnosis and classification. Oxford: Elsevier, 1985.
13. First MB. Harmonisation of ICD-11 and DSM-V: opportunities and challenges. *Br J Psychiatry* 2009;195:382-90.
14. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization, 1993.
15. Reed GM, Correia Mendonça J, Esparza P et al. The WPA-WHO global survey of psychiatrists' attitudes towards mental disorders classification. *World Psychiatry* 2011;10:118-31.
16. First MB, Rebelló 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.
17. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992.
18. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2013.
19. Andrews G, Goldberg DP, Krueger RF et al. Exploring the feasibility of a meta-structure for DSM-V and ICD-11: could it improve utility and validity? *Psychol Med* 2009;39:1993-2000.
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. Reed GM, Drescher J, Krueger R. Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry* 2016;15:205-21.
22. van den Heuvel OA, Veale D, Stein DJ. Hypochondriasis: considerations for ICD-11. *Braz J Psychiatry* 2014;36(Suppl. 1):21-7.
23. Bienvenu OJ, Samuels JF, Wuyek LA et al. Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder, and what, if any, are spectrum conditions? A family study perspective. *Psychol Med* 2012;42:1-13.
24. Greeven A, van Balkom AJ, Visser S et al. Cognitive behavior therapy and paroxetine in the treatment of hypochondriasis: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 2007;164:91-9. *World Psychiatry* 20:1 – February 2021
25. Stein DJ, McLaughlin KA, Koenen KC et al. DSM-5 and ICD-11 definitions of posttraumatic stress disorder: investigating “narrow” and “broad” approaches. *Depress Anxiety* 2014;31:494-505.
26. Degenhardt L, Bharat C, Bruno R et al. Concordance between the diagnostic guidelines for alcohol and cannabis use disorders in the draft ICD-11 and other classification systems: analysis of data from the WHO's World Mental Health Surveys. *Addiction* 2019;114:534-52.
27. Reed GM, First MB, Kogan CS et al. Innovations and changes in the ICD11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry* 2019;18:3-19.
28. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry* 2011;10:86-92.
29. Pincus HA, Frances A, Davis WW et al. DSM-IV and new diagnostic categories: holding the line on proliferation. *Am J Psychiatry* 1992;149:112-7.
30. Kendler K. A history of the DSM-5 Scientific Review Committee. *Psychol Med* 2013;43:1793-800.
31. Evans SC, Burke JD, Roberts MC et al. Irritability in child and adolescent psychopathology: an integrative review for ICD-11. *Clin Psychol Rev* 2017;53:29-45.
32. Norbury CF. Practitioner review: Social (pragmatic) communication disorder conceptualization, evidence and clinical implications. *J Child Psychol Psychiatry* 2014;55:204-16.
33. Swineford LB, Thurm A, Baird G et al. Social (pragmatic) communication disorder: a research review of this new DSM-5 diagnostic category. *J Neurodev Disord* 2014;6:41.
34. Baird G, Norbury CF. Social (pragmatic) communication disorders and autism spectrum disorder. *Arch Dis Child* 2016;101:745-51.
35. Wing W. Language, social, and cognitive impairments in autism and severe mental retardation. *J Autism Dev Disord* 1981;11:31-44.
36. Lopez R, Dauvilliers Y, Jaussent I et al. A multidimensional approach of impulsivity in adult attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Res* 2015;227:290-5.
37. Jansson LB, Parnas J. Competing definitions of schizophrenia: what can be learned from polydiagnostic studies? *Schizophr Bull* 2007;33:1178-200.
38. Dixon LB, Goldman HH, Srihari VH et al. Transforming the treatment of schizophrenia in the United States: the RAISE initiative. *Annu Rev Clin Psychol* 2018;14:237-58.
39. Schneider K. Clinical psychopathology. New York: Grune and Stratton, 1959.
40. Gaebel W. Status of psychotic disorders in ICD-11. *Schizophr Bull* 2012;38: 895-8.
41. Robins E, Guze SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1970;126:983-7.
42. Santelmann H, Franklin J, Bußhoff J et al. Test-retest reliability of schizoaffective disorder compared with schizophrenia, bipolar disorder, and unipolar depression – a systematic review and metaanalysis. *Bipolar Disord* 2015; 17:753-68.
43. Udomratn P, Burns J, Farooq S. Acute and transient psychotic disorders: an overview of studies in Asia. *Int Rev Psychiatry* 2012;24: 463-6.
44. López-Díaz Á, Fernández-González JL, Lara I et al. Predictors of diagnostic stability in acute and transient psychotic disorders: validation of previous findings and implications for ICD-11. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2020; 270:291-9.
45. Malhotra S, Malhotra S. Acute and transient psychotic disorders: comparison with schizophrenia. *Curr Psychiatry Rep* 2003;5:178-86.
46. McGlinchey JB, Zimmerman M, Young D et al. Diagnosing major depressive disorder VIII: Are some symptoms better than others? *J Nerv Ment Dis* 2006;194:785-90.
47. Maj M. Bereavement-related depression in the DSM-5 and ICD-11. *World Psychiatry* 2012;11:1-2.
48. Mojtabai R. Bereavement-related depressive episodes: characteristics, 3-year course, and implications for the DSM-5. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68: 920-8.
49. Wakefield JC, Schmitz MF. Recurrence of depression after bereavement-related depression: evidence for the validity of DSM-IV bereavement exclusion from the Epidemiologic Catchment Area Study. *J Nerv Ment Dis* 2012;200:480-5.
50. Koukopoulos A, Sani G. DSM-5 criteria for depression with mixed features: a farewell to mixed depression. *Acta Psychiatr Scand* 2014;129:4-16
51. Perlis RH, Cusin C, Fava M. Proposed DSM-5 mixed features are associated with greater likelihood of remission in out-patients with major depressive disorder. *Psychol Med* 2014;44:1361-7.
52. Lee S, Tsang A, Ruscio AM et al. Implications of modifying the duration requirement of generalized anxiety disorder in developed and developing countries. *Psychol Med* 2009;39:1163-76.
53. Kogan CS, Stein DJ, Maj M et al. The classification of anxiety and fear-related disorders in the ICD-11. *Depress Anxiety* 2016;33:1141-54.
54. Hoge EA, Tamrakar SM, Christian KM et al. Cross-cultural differences in somatic presentation in patients with generalized anxiety disorder. *J Nerv Ment Dis* 2006;194:962-6.
55. Hinton DE, Park L, Hsia C et al. Anxiety disorder presentations in Asian populations: a review. *CNS Neurosci Ther* 2009;15:295-303.
56. Aldao A, Mennin DS, Linardatos E et al. Differential patterns of physical symptoms and subjective processes in generalized anxiety disorder and bipolar depression. *J Anxiety Disord* 2010;24:250-9.
57. Stein DJ, Kogan CS, Atmaca M et al. The classification of obsessive-compulsive and related disorders in the ICD-11. *J Affect Disord* 2016;190:663-74.
58. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA et al. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry* 2013;12:198-206.

59. Brewin CR, Cloitre M, Hyland P. A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clin Psychol Rev* 2017;58:1-15.
60. Shevlin M, Hyland P, Vallières F et al. A comparison of DSM-5 and ICD-11 PTSD prevalence, comorbidity and disability: an analysis of the Ukrainian Internally Displaced Person's Mental Health Survey. *Acta Psychiatr Scand* 2018;137:138-47.
61. Wisco BE, Marx BP, Miller MW et al. A comparison of ICD-11 and DSM criteria for posttraumatic stress disorder in two national samples of U.S. military veterans. *J Affect Disord* 2017;223:17-9.
62. Brady KT, Killeen TK, Brewerton T et al. Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 2000;61(Suppl. 7):22-32.
63. Casey P, Doherty A. Adjustment disorder: implications for ICD-11 and DSM5. *Br J Psychiatry* 2012;201:90-2.
64. Glaesmer H, Romppel M, Brähler E et al. Adjustment disorder as proposed for ICD-11: dimensionality and symptom differentiation. *Psychiatry Res* 2015;229:940-8.
65. Maercker A, Lorenz L. Adjustment disorder diagnosis: improving clinical utility. *World J Biol Psychiatry* 2018;19(Suppl. 1):S3-13.
66. Yanartaş Ö, Özmen HA, Citak S et al. An outpatient clinical study of dissociative disorder not otherwise specified. *Compr Psychiatry* 2014;55:755-61.
67. Dell PF. Dissociative phenomenology of dissociative identity disorder. *J Nerv Ment Dis* 2002;190:10-5.
68. Claudino AM, Pike KM, Hay P et al. The classification of feeding and eating disorders in the ICD-11: results of a field study comparing proposed ICD-11 guidelines with existing ICD-10 guidelines. *BMC Med* 2019;17:93.
69. Latner JD, Vallance JK, Buckett G. Health-related quality of life in women with eating disorders: association with subjective and objective binge eating. *J Clin Psychol Med Settings* 2008;15:148-53.
70. Wolfe BE, Baker CW, Smith AT et al. Validity and utility of the current definition of binge eating. *Int J Eat Disord* 2009;42:674-86.
71. Colles SL, Dixon JB, O'Brien PE. Loss of control is central to psychological disturbance associated with binge eating disorder. *Obesity* 2008;16:608-14.
72. Li N, Mitchison D, Touyz S et al. Cross-sectional comparison of health-related quality of life and other features in people with and without objective and subjective binge eating using a general population sample. *BMJ Open* 2019;9:e024227.
73. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction and Eurojust. New psychoactive substances in Europe: legislation and prosecution – Current challenges and solutions. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction and Eurojust, 2016.
74. Poznyak V, Reed GM, Medina-Mora ME. Aligning the ICD-11 classification of disorders due to substance use with global service needs. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2018;27:212-8.
75. Poznyak V, Reed GM, Clark N. Applying an international public health perspective to proposed changes for DSM-V. *Addiction* 2011;106:868-70.
76. Saunders JB, Degenhardt L, Reed GM et al. Alcohol use disorders in ICD-11: past, present, and future. *Alcohol Clin Exp Res* 2019;43:1617-31.
77. Margulies DM, Weintraub S, Basile J et al. Will disruptive mood dysregulation disorder reduce false diagnosis of bipolar disorder in children? *Bipolar Disord* 2012;14:488-96.
78. Lochman JE, Evans SC, Burke JD et al. An empirically based alternative to DSM-5's disruptive mood dysregulation disorder for ICD-11. *World Psychiatry* 2015;14:30-3. *World Psychiatry* 20:1 – February 2021 51
79. Althoff RR, Crehan ET, He JP et al. Disruptive mood dysregulation disorder at ages 13-18: results from the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2016;26:107-13.
80. Axelson DA, Birmaher B, Findling RL et al. Concerns regarding the inclusion of temper dysregulation disorder with dysphoria in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. *J Clin Psychiatry* 2011;72:1257-62.
81. Copeland WE, Angold A, Costello EJ et al. Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-5 proposed disruptive mood dysregulation disorder. *Am J Psychiatry* 2013;170:173-9.
82. Freeman AJ, Youngstrom EA, Youngstrom JK et al. Disruptive mood dysregulation disorder in a community mental health clinic: prevalence, comorbidity and correlates. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2016;26:123-30.
83. Evans SC, Roberts MC, Keeley JW et al. Diagnostic classification of irritability and oppositionality in youth: a global field study comparing ICD-11 with ICD-10 and DSM-5. *J Child Psychol Psychiatry* (in press).
84. Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. Classification, assessment, prevalence and effect of personality disorder. *Lancet* 2015;385:717-26.
85. Reed GM. Progress in developing a classification of personality disorders for ICD-11. *World Psychiatry* 2018;17:227-9.
86. Zachar P, Krueger RF, Kendler KS. Personality disorder in DSM-5: an oral history. *Psychol Med* 2016;46:1-10.
87. Krueger RB, Reed GM, First MB et al. Proposals for paraphilic disorders in the International Classification of Diseases and Related Health Problems, Eleventh Revision (ICD-11). *Arch Sex Behav* 2017;46:1529-45.
88. Jack CR Jr, Albert MS, Knopman DS et al. Introduction to the recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 2011;7:257-62.
89. McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 2011;7:263-9.
90. McKeith IG, Boeve BF, Dickson DW et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB Consortium. *Neurology* 2017;89:88-100.
91. Rascovsky K, Hodges JR, Knopman D et al. Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. *Brain* 2011;134:2456-77.
92. Howard LM, Khalifeh H. Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry* 2020;19:313-27.
93. Mattison R, Cantwell DP, Russell AT et al. A comparison of DSM-II and DSMIII in the diagnosis of childhood psychiatric disorders. II. Interrater agreement. *Arch Gen Psychiatry* 1979;36:1217-22.
94. 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.
95. Kendell RE. Relationship between the DSM-IV and the ICD-10. *J Abnorm Psychol* 1991;100:297-301.
96. Mulder R, Tyrer P. Diagnosis and classification of personality disorders: novel approaches. *Curr Opin Psychiatry* 2019;32:27-31.
97. Bach B, Sellbom M, Skjernov M et al. ICD-11 and DSM-5 personality trait domains capture categorical personality disorders: finding a common ground. *Aust N Z J Psychiatry* 2018;52:425-34.
98. Oltmanns JR, Widiger TA. Evaluating the assessment of the ICD-11 personality disorder diagnostic system. *Psychol Assess* 2019;31:674-84.
99. McCabe GA, Widiger TA. A comprehensive comparison of the ICD-11 and DSM-5 section III personality disorder models. *Psychol Assess* 2020;32:72-84.

DOI: 10.1002/wps.20825