циенты, почти не реагирующие на внешние раздражители, могут быть неспособны что-либо сделать или сказать, но могут обладать богатым миром субъективных переживаний[8]. Так же как и могучий интеллект может существовать без сознания: красноречивый ИИ может вести увлекательную беседу и поражать нас своим интеллектом, при этом не существует ничего, кроме потока предложений, которые он выдает – как писал Ф. Ларкин «No sight, no sound / No touch or taste or smell, nothing to think with / Nothing to love or link with» («бесчувственность сама – нет вкуса, запаха, нет тела, нет ума...» – *в переводе Л. Эпштейна*).

Искусственный интеллект представляет собой уникальную и насущную проблему не только для психического здоровья, но и для нашего существования как вида и нашего места в природе. Если популярные в настоящее время вычислительные/функционалистские подходы верны и мы – сильно ограниченные и часто дефектные биологические машины, то мы скоро будем вытеснены машинами из кремния, которые будут не только лучше и быстрее, но и будут обладать более насыщенным и богатым внутренним миром. Если же верна IIT, то каждое ощущение является экстраординарным и невероятным по своей сути феноменом, который требует особого нейронного субстрата, который невозможно воспроизвести, просто имитируя его функции.

Giulio Tononi, Charles Raison

Department of Psychiatry, University of Wisconsin, Madison, WI, USA

Перевод: Ланикин Илья Константинович, г. Москва
Редактура: Шишковская Татьяна Игоревна, г. Москва

Библиография

1. Butlin P, Long R, Elmoznino E et al. arXiv 2023;2308.08708.
2. Dehaene S, Changeux J-P. Neuron 2011;70:200-27.
3. Brown R, Lau H, LeDoux JE. Trends Cogn Sci 2019;23:754-68.
4. Norretranders T. The user illusion: cutting consciousness down to size. New York: Viking Penguin, 1991.
5. Albantakis L, Barbosa L, Findlay G et al. PLoS Comput Biol 2023;19:e1011465.
6. Tononi G, Boly M, Massimini M et al. Nat Rev Neurosci 2016;17: 450-61.
7. Haun A, Tononi G. Entropy 2019;21:1160.
8. Casarotto S, Comanducci A, Rosanova M et al. Ann Neurol 2016;80:718-29.
9. Albantakis L, Hintze A, Koch C et al. PLoS Comput Biol 2014;10:e1003966.

DOI: 10.1002/wps.21222

Выход в свет диагностического руководства МКБ-11 «Клинические описания и диагностические требования»

Dévora Kestel, Geoffrey M. Reed. Global launch of the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements (CDDR). *World Psychiatry*. 2024;23(3):310-311

МКБ-11, ставшая первым за три десятилетия глобальным пересмотром Международной классификации болезней (МКБ), была утверждена на 72-й Всемирной ассамблее здравоохранения в мае 2019 года и вступила в силу в январе 2022 года в качестве основы для статистического отчета о состоянии здоровья людей в странах – членах Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). В настоящее время страны по всему миру находятся на различных этапах внедрения МКБ-11 в свои клинические и информационные системы здравоохранения, и этот процесс будет продолжаться в течение следующих нескольких лет.

ВОЗ сделала важный шаг на пути к внедрению МКБ-11 в систему психиатрической помощи, опубликовав «Клинические описания и диагностические требования (Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements, CDDR) для психических и поведенческих расстройств и нарушений нейропсихического развития МКБ-11[1].

CDDR представляет собой полноценное диагностическое руководство, предназначенное для помощи специалистам в области психического здоровья и другим специалистам здравоохранения по всему миру в целях более точной диагностики психических расстройств в клинической практике. Оно содержит последовательную и клинически полезную информацию для всех диагностических категорий главы МКБ-11, посвященной психическим, поведенческим расстройствам и нарушениям нейропсихического развития. Данное руководство включает в себя описание ключевых признаков каждого расстройства (основные признаки), их границы с нормой (пороговые критерии) и с другими состояниями (дифференциальная диагностика), а также особенности, связанные с течением расстройства, возрастной, гендерной и культуральной спецификой. По сравнению с диагностическим руководством для МКБ-10, в CDDR содержится значительно расширенная и дополненная информация, интегрированы и систематизированы данные о возрастных, гендерных и культуральных особенностях, а также более тщательно представлены указания для дифференциальной диагностики[2]. Кроме того, новое руководство основано на современных исследованиях и данных лучшей клинической практики.

Центральной целью Департамента ВОЗ по вопросам психического здоровья и злоупотребления ПАВ при разработке CDDR было создание инструмента, способствующего снижению глобального бремени психических расстройств. Исходя из этой цели, при разработке CDDR особое внимание уделялось клинической полезности и применимости по всему миру наряду с научной достоверностью[3]. Точная диагностика часто является первым критически важным шагом на пути к получению адекватного лечения и помощи. Руководство, более близкое к клинической практике и более универсальное для применения в разных странах, имеет больше шансов на систематическое внедрение, что, в свою очередь, способствует более раннему выявлению лиц, нуждающихся в помощи, и подбору эффективного лечения. Это также улучшает качество данных о состоянии здоровья, собранных в условиях клинической практики, которые используются для управления и распределения ресурсов на уровне медицинских учреждений, системы здравоохранения, отдельного государства и всего мира.

Для разработки CDDR Департамент сформировал шестнадцать экспертных рабочих групп в различных областях, обеспечив тем самым мультидисциплинарный подход, который включал представителей всех регионов ВОЗ, в том числе значительное количество специалистов из стран с низким и средним уровнем дохода. В процессе разработки предложений для МКБ-11 эти рабочие группы проводили тщательные обзоры научных данных, включая исследования, проведенные в рамках создания DSM-5.

Кроме того, предложенные диагностические требования для МКБ-11 прошли обширные испытания в рамках программы полевых исследований. Для содействия участию клиницистов в разработке CDDR была создана Всемирная сеть клинической практики (Global Clinical Practice Network, GCPN), в которую в настоящее время входят более

19 000 специалистов в области психического здоровья и первичной медицинской помощи из 165 стран. Члены GCPN приняли участие в 20 интернет-исследованиях, направленных на тестирование CDDR, каждое из которых проводилось на шести языках[3,4]. CDDR также проходили апробацию среди пациентов в клинических учреждениях 15 стран, охватывающих все регионы ВОЗ и почти 50% населения мира. Эти исследования зафиксировали значительное улучшение надежности диагностики и клинической полезности при использовании CDDR по сравнению с аналогичными диагностическими рекомендациями для МКБ-10.

Статистическая классификация МКБ-11 и диагностическое руководство CDDR включают важные нововведения. Среди них – новые категории расстройств, описывающие группы пациентов с клинически значимыми особенностями состояния и специфическими особенностями терапии, что способствует расширению исследований этих феноменов и значительному увеличению доступности соответствующих медицинских услуг[5]. Некоторые категории были исключены из-за недостаточной научной обоснованности. Кроме того, МКБ-11 и CDDR продвинулись в направлении дименсионального подхода к концептуализации психических расстройств, особенно в области психотических и личностных расстройств[6].

Все эти усовершенствования соответствуют шести принципам и подходам Комплексного плана действий ВОЗ в области психического здоровья на 2013-2030 гг.[7]:

Поддержка всеобщего охвата услугами здравоохранения за счет четких, универсальных, клинически значимых описаний состояний, определяющих необходимость и выбор терапевтических стратегий.

Соблюдение *прав человека*, включая отказ от стигматизирующих диагнозов в пользу подходов, ориентированных на выздоровлние, в частности, при описании психотических расстройств, делая упор на текущее состояние и потребность в лечении, а не на навешивании «ярлыков» на всю жизнь.

Опора на научные данные и передовую практику, существенно развившиеся с момента публикации МКБ-10.

Применение *подхода с точки зрения всего жизненного цикла*, описывающего проявления психических расстройств на разных этапах жизни: в раннем, детском, подростковом, взрослом и пожилом возрасте.

Применение *многосекторального подхода* при разработке CDDR.

Расширение прав и возможностей лиц с психическими расстройствами и с ограниченными возможностями в психосоциальном плане посредством систематического учета точки зрения пациентов[8].

Для внедрения МКБ-11 и CDDR необходимо значительное укрепление рабочих возможностей медицинских кадров, включая и специалистов, и неспециалистов. Реализация МКБ-11 также представляет собой важнейшую возможность реформирования диагностического процесса с учетом потребностей и точки зрения пациентов, получающих медицинскую помощь[8]. ВОЗ потребуется сотрудничество и поддержка стран-членов, профессиональных сообществ (включая Всемирную психиатрическую ассоциацию), Сотрудничающих центров ВОЗ, академических учреждений, неправительственных организаций, гражданского общества и организаций пациентов для обеспечения успешного внедрения и реализации всего потенциала МКБ-11. CDDR следует систематически интегрировать в программы подготовки специалистов в области психического здоровья и первичной помощи, а также разрабатывать специализированные материалы для этой цели[9].

CDDR является результатом более чем 15-летней совместной работы, проведенной Департаментом ВОЗ по вопросам психического здоровья и злоупотребления ПАВ в рамках общей работы над МКБ-11. В создании и тестировании CDDR участвовали сотни экспертов и тысячи клиницистов со всего мира в рамках самого масштабного в истории международного, многоязычного, междисциплинарного и открытого процесса пересмотра классификации психических расстройств.

Публикация CDDR предоставляет специалистам в области здравоохранения более совершенный инструмент для выявления психических расстройств; странам – членам ВОЗ – более эффективный механизм для сокращения бремени психических заболеваний; а пациентам – больше возможностей получить необходимую помощь.

Dévora Kestel[1], Geoffrey M. Reed[2]

[1]Department of Mental Health and Substance Use, World Health Organization, Geneva, Switzerland; [2]Department of Psychiatry and WHO Collaborating Center for Capacity Building and Training in Global Mental Health, Columbia University Vagelos College of Physicians and Surgeons, New York, NY, USA.

D. Kestel – директор WHO Department of Mental Health and Substance Use. Только авторы несут ответственность за взгляды, выраженные в настоящей публикации, и они необязательно отражают взгляды, решения или политику ВОЗ или других учреждений, с которыми они связаны.

Перевод: Северцев Всеволод Владиславович, г. Москва
Редактура: Шишковская Татьяна Игоревна, г. Москва

Библиография

1. World Health Organization. Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. https://www.who.int/publications/i/item/9789240077263.
2. First MB, Reed GM, Hyman SE et al. World Psychiatry 2015;14:82-90.
3. Reed GM, First MB, Kogan CS et al. World Psychiatry 2019;18:3-19.
4. Keeley JW, Reed GM, Roberts MC et al. Am Psychol 2016;71:3-16.
5. Reed GM, First MB, Billieux J et al. World Psychiatry 2022;21:189-213.
6. Clark LA, Cuthbert B, Lewis-Fernández R et al. Psychol Sci Publ Int 2017;18:72-145.
7. World Health Organization. Comprehensive mental health action plan 2013-2030. Geneva: World Health Organization, 2021.
8. Hackmann C, Balhara YPS, Clayman K et al. Lancet Psychiatry 2019;6:778-85.
9. Reed GM, Ritchie PL-J, Maerker A (eds). A psychological approach to diagnosis: using the ICD-11 as a framework. Washington: American Psychological Association, 2024.

DOI:10.1002/wps.21223