Научная валидация CDDR МКБ-11

Mario Maj. Scientific validation of the ICD-11 CDDR. *World Psychiatry*. 2024;40(5):358-359

Процесс научной валидации клинических описаний и диагностических требований МКБ-11 (Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements, CDDR) для психических расстройств длился более десяти лет. Этот процесс отличался исключительной содержательностью, всесторонностью и проводился при участии нескольких сотен клиницистов и исследователей со всего мира.

В отличие от полевых испытаний клинических описаний и диагностических руководств МКБ-10 (Clinical Description and Diagnostic Guidelines, CDDG) и диагностических критериев DSM-5, полевые испытания CDDR МКБ-11 носили характер «тестирования», а не «оценки» или «суммирования»[1]. Иными словами, эти исследования проводились еще *до* окончательной доработки соответствующих критериев или руководств, что позволило выявить концептуальные или терминологические недостатки в предложенных текстах, исправить их, а затем протестировать пересмотренные версии. Такой подход, в отличие от тестирования и доработки критериев уже после их утверждения, дал возможность клиницистам не ограничиваться лишь знакомством с конечным продуктом, а поучаствовать в его разработке. Как мы увидим, именно благодаря этому подходу в CDDR были внесены значительные исправления и уточнения.

Полевые испытания CDDR можно разделить на две основные категории: а) испытания, проводимые через интернет, с использованием Всемирной сети клинической практики, в которую на момент проведения испытаний входило более 15 тыс. специалистов по психическому здоровью и первичной медицинской помощи из более чем 150 стран. Участникам предлагались описания клинических случаев для оценки влияния конкретных различий между CDDR и CDDG МКБ-10 на процесс принятия решений; б) клинические (или экологические) испытания, направленные на оценку надежности и применимости CDDR в реальных клинических условиях. В отличие от полевых испытаний DSM-5, в клинических испытаниях применялся метод совместной оценки: два врача совместно проводили интервью с каждым пациентом, а не по отдельности и не в разное время, как это происходит при оценке ретестовой надежности. Этот подход позволил сделать поправку на различия в предоставляемой информации и более прицельно оценить надежность предлагаемых руководств (а не общую надежность диагнозов психических расстройств)[2].

Среди проводимых через интернет полевых испытаний CDDR особый интерес представляют расстройства, связанные со стрессом[3], а также расстройства питания и пищевого поведения[4]. В полевом исследовании типа «случай – контроль» с использованием МКБ-10[3], в котором приняли участие 1738 специалистов в области психического здоровья из 76 стран, было показано, что ряд изменений, внесенных в МКБ-11 (включая добавление диагнозов «комплексное посттравматическое стрессовое расстройство (КПТСР)» и «затяжная патологическая реакция горя»), способствовали улучшению диагностики. Однако в исследовании также были выявлены трудности, связанные с текстом CDDR. В частности, были отмечены проблемы с интерпретацией критерия «повторное переживание» при диагностике ПТСР и сложности в разграничении затяжной патологической реакции горя и нормального процесса переживания утраты, что потребовало пересмотра и дальнейшей валидации формулировок.

Аналогичным образом, в полевом исследовании типа «случай – контроль» лиц с расстройствами питания и пищевого поведения[4], проведенном с участием 2288 специалистов в области психического здоровья со всего мира, было показано, что благодаря изменениям, внесенным в CDDR МКБ-11, повышены точность диагностики и клиническая целесообразность по сравнению с CDDG МКБ-10. Однако в ходе исследования также были выявлены трудности в определении ремиссии при нервной анорексии, а также затруднения в выявлении эпизодов компульсивного переедания. Это привело к уточнению определения ремиссии при нервной анорексии, а также к уточнению, что субъективное ощущение потери контроля над приемом пищи и связанный с этим дистресс являются ключевым признаком компульсивного переедания, даже если количество съеденной пищи объективно невелико.

Среди клинических полевых испытаний CDDR крупнейшим было исследование, охватывающее 1806 пациентов из 13 стран. Исследование было посвящено психическим расстройствам, составляющим наибольшую долю глобального бремени болезней (шизофрения и другие первичные психотические расстройства, аффективные расстройства, тревожные и фобические расстройства, а также расстройства, связанные со стрессом). В ходе исследования было установлено, что внутриклассовые каппа-коэффициенты варьировались от 0,45 (для дистимии) до 0,88 (для социального тревожного расстройства) и могли считаться от умеренных до почти идеальных для всех диагнозов, при этом общая надежность CDDR МКБ-11 была выше по сравнению с CDDG МКБ-10[2]. Также было показано, что CDDR отличаются простотой, понятностью и четкостью в применении, отражают клинические симптомы пациентов, требуют не больше, а иногда и меньше времени, чем традиционная клиническая практика. Кроме того, они предоставляют полезные рекомендации по дифференциальной диагностике и помогают более точно отличать патологию от нормы[5].

Длительный промежуток времени между созданием прототипа и завершением CDDR позволил тщательно и детально проверить некоторые из новых категорий, введенных в МКБ-11. Особенно показательной в этом отношении стала валидация новых диагностических категорий, таких как затяжная патологическая реакция горя и КПТСР.

Согласно поиску по базе данных PubMed от 8 февраля 2024 года, с 2013 года было опубликовано 57 оригинальных статей о затяжной патологической реакции горя. В целом эти работы подтверждают конструктивную валидность новой категории, ее отличие от других расстройств (например, депрессии и ПТСР), ее связи с выраженными нарушениями функциональности (превышающими влияние сопутствующих расстройств), а также ее более высокую согласованность с моделями затяжной реакции горя в продольных исследованиях по сравнению со стойкой осложненной реакцией утраты, описанной в DSM-5. Эти данные привели к включению затяжной патологической реакции горя в DSM-5-TR[6].

При поиске по базе данных PubMed на ту же дату было найдено 199 оригинальных статей, опубликованных с 2013 года, посвященных КПТСР. В целом эти работы подтвердили обоснованность новой диагностической категории и ее отличие от ПТСР в различных культурах, а также среди детей, подростков и взрослых из разных популяций, переживших травму[7]. Проведению данного исследования способствовали разработка и валидация нового специализированного инструмента оценки – Международного опросника по травмам (International Trauma Questionnaire), что стало возможным благодаря распространению ранних версий CDDR.

Другое важное отличие подходов к диагностике в CDDR в МКБ-11 и диагностических критериях DSM-5 касается классификации сильной раздражительности у детей и подростков. Исследование с участием 196 клиницистов из 48 стран[8] показало, что формулировка, предложенная в CDDR (использование хронической раздражительности и гнева как спецификатора для диагностики оппозиционно-вызывающего расстройства), позволяет более точно диагностировать случаи сильной раздражительности и отличать их от пограничных состояний. В отличие от этого подхода, в DSM-5 введена новая категория деструктивного расстрой-

ства дисрегуляции настроения, а в МКБ-10 раздражительность не учитывалась, и оппозиционно-вызывающее расстройство рассматривалось как форма расстройства поведения. Участники, использовавшие DSM-5, часто не ставили диагноз деструктивного расстройства дисрегуляции настроения в тех случаях, когда это было оправданно. При этом они чаще ставили диагнозы психических расстройств, связанных с раздражительностью, которая являлась нормальной в рамках соответствующего этапа развития.

Еще одним новшеством в процессе валидации CDDR МКБ-11 стало привлечение экспертов по личному опыту (experts by experience) к международному исследованию INCLUDE[9], проведенному в Индии, Великобритании и США. В рамках исследования участников спрашивали о восприятии пяти диагнозов: депрессивный эпизод, генерализованное тревожное расстройство, шизофрения, биполярное расстройство I типа и расстройство личности. В целом CDDR были восприняты как полезные и соответствующие реальному жизненному опыту.

В настоящее время главной недостающей частью валидации CDDR остается оценка их эффективности в условиях реальной клинической практики. Ведется активная работа над переводом этих материалов на различные языки, содействие их распространению, а также ускорению процесса одобрения и их внедрения в различных странах, что играет ключевую роль в этом вопросе. Помимо этого, уже запланировано регулярное обновление текста каждые два года.

Mario Maj

Department of Psychiatry, University of Campania "L.Vanvitelli", Naples, Italy

Перевод: Исакулян Елизавета Левоновна, г. Москва
Редактура: Потанин Сергей Сергеевич, г. Москва

Библиография

1. First M. Lancet Psychiatry 2016;3:579-84.
2. Reed GM, Sharan P, Rebello TJ et al. World Psychiatry 2018;17:174-86.
3. Keeley JW, Reed GM, Roberts MC et al. Int J Clin Health Psychol 2016;16:109-27.
4. Claudino AM, Pike KM, Hay P et al. BMC Med 2019;17:93-109.
5. Reed GM, Keeley JW, Rebello TJ et al. World Psychiatry 2018;17:306-15.
6. Prigerson HG, Boelen PA, Xu J et al. World Psychiatry 2021;20:96-106.
7. Reed GM, First MB, Billieux J et al. World Psychiatry 2022;21:189-213.
8. Evans SC, Roberts MC, Keeley JW et al. J Child Psychol Psychiatry 2021;62:303-12.
9. Hackmann C, Balhara YPS, Clayman K et al. Lancet Psychiatry 2019;6:778-85.

DOI:10.1002/wps.21226

Гибкое интервью ВОЗ для МКБ-11 (FLII-11)

Geoffrey M. Reed, Karen T. Maré, Michael B. First et al. The WHO Flexible Interview for ICD-11 (FLII-11). ***World Psychiatry.*** **2024;23(3):359-360**

Переход к описательной диагностической системе, основанной на симптомах, начавшийся с DSM-III, во многом стал ответом на широко распространенные опасения и критику, касающиеся надежности диагнозов психических расстройств. Это вызвало стремление к все более точной формулировке диагностических концепций и критериев, исходя из предположения, что такие подходы будут способствовать постепенному улучшению их надежности.

Позже были разработаны стандартизированные диагностические интервью, проводимые клиницистами. Так, при создании Шкалы для диагностики аффективных расстройств и шизофрении (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia)[1] использовались Исследовательские диагностические критерии (Research Diagnostic Criteria), а для разработки Структурированного клинического интервью для DSM (Structured Clinical Interview for DSM)[2] – критерии DSM-III. Кроме того, для проведения эпидемиологических исследований психических расстройств был создан План диагностического интервью (Diagnostic Interview Schedule)[3], которое могли проводить специалисты без медицинского образования. Эти инструменты получили широкое распространение в исследованиях психических расстройств.

Структурированные диагностические интервью создавались или дорабатывались в соответствии с очередными пересмотрами DSM и МКБ. Полуструктурированное интервью SCID (в рамках которого интервьюер может уточнять неясные ответы и делать определенные клинические выводы) обновлялось с каждым новым изданием DSM[4]. Также широко применяется более краткий и структурированный инструмент Краткий международный нейропсихиатрический опросник (Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI)[5]. Комбинированный международный диагностический опросник (Composite International Diagnostic Interview, CIDI)[6], разработанный на основе диагностических критериев DSM и МКБ, активно использовался в Национальном исследовании коморбидной патологии и Глобальных исследованиях психического здоровья. Также Шкала клинической оценки в нейропсихиатрии (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, SCAN), основанная на Шкале оценки психического состояния (Present State Examination), была адаптирована для соответствия как критериям DSM, так и МКБ[7]. Помимо этого, были созданы структурированные диагностические интервью для детей, а также более специализированные интервью, охватывающие отдельные состояния или конкретные диагностические группы.

На основании обширной программы полевых исследований было установлено, что диагностические рекомендации, представленные в клинических описаниях и диагностических требованиях (Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements, CDDR)[8] к разделу «психические и поведенческие расстройства, а также нарушения нейропсихического развития» в МКБ-11, обладают большей надежностью по сравнению с другими системами классификации психических расстройств. Надежность варьировалась от умеренной до почти идеальной в зависимости от конкретной категории. Этот результат оказался несколько неожиданным, поскольку в CDDR намеренно не используются чрезмерно строгие требования к количеству симптомов и их продолжительности, за исключением случаев, когда такие требования имеют научное обоснование. Такой подход был разработан для упрощения использования рекомендаций в клинической практике.

Эти результаты ставят под сомнение предполагавшуюся связь между точностью формулировок и надежностью постановки диагноза. Они также показывают, что диагнозы, установленные на основании CDDR, могут быть достаточно надежными для определенных типов научных исследований, например, тех, которые фокусируются на диагностических группах в рамках системы здравоохранения. Однако для других видов исследований более уместно использовать стандартизированные методы диагностики, чтобы свести к минимуму вариативность, обусловленную различиями в уровне профессионализма, стилях опроса и субъективных клинических суждениях. Это особенно важно,