

МЕТОДОЛОГИЯ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

УДК 616.1/4:001.2

Ряполова Т.Л.

ОТ МКБ-10 К DSM-V И МКБ-11: МЕТОДИЧЕСКИЕ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ (ЧАСТЬ II)

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

В первой части обзора были освещены основные характеристики диагностических рубрик DSM-V и МКБ-11 касательно нарушений психологического развития, расстройств шизофренического спектра, аффективных и тревожных расстройств. Во второй части обзора проводится анализ изменений, касающихся методических аспектов диагностики невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств, расстройств личности и поведенческих нарушений, психических расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, парафилий и нейрокогнитивных нарушений.

Если в МКБ-10 диагностическая рубрика F4 Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, несмотря на позиционируемый создателями отказ от разделения «психоз» и «невроз», объединяла расстройства невротического спектра, то в МКБ-11 выделены отдельные диагностические рубрики 6B2(X) Тревожные расстройства, 6B4(X) Обсессивно-компульсивные и сходные расстройства, 6B6(X) Расстройства, связанные со стрессом и 6B8(X) Диссоциативные расстройства.

Тревожные и связанные со страхом расстройства. Данная диагностическая рубрика, отражая часть раздела F4 Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства МКБ-10, включает следующие диагностические категории: генерализованное тревожное расстройства, паническое расстройства, агорафобия, специфическая фобия, социально-тревожное расстройства, разделенное тревожное расстройства и селективный мутизм [1].

- Обсессивно-компульсивное расстройства, посттравматическое расстройства, диссоциативные и соматоформные по МКБ-10 расстройства по нейрофизиологическим и

эпидемиологическим основаниям вынесены в отдельные главы

- Панические атаки могут выступать в роли уточняющего показателя при других диагнозах

- Смешанное тревожно-депрессивное расстройства рассматривается в рубрике «Аффективные расстройства»

- Диагнозы «разделенное тревожное расстройства» (separation anxiety disorder) и селективный мутизм, включенные в данную рубрику, перестали быть специфическими «детскими» диагнозами

- Категория МКБ-10 «Социальные фобии» переименована в «Социальное тревожное расстройства»

Обсессивно-компульсивные и сходные расстройства в МКБ-11 описаны иным, нежели в МКБ-10, способом [2].

- Обсессивно-компульсивное расстройства описывается не с позиций клинических проявлений (преимущественно навязчивые мысли или компульсивные действия, как было в МКБ-10), а с позиции наличия/отсутствия критики к проявлениям навязчивостей

- Как сходные с обсессивно-компульсивным расстройствам рассматриваются включенные в данный раздел дисморфное расстройства тела (6B41), обонятельное расстройства (6B42), ипохондрии (6B43), патологическое накопительство (6B44) и нарушения поведения, связанные с телом (6B45)

- Дисморфное расстройства тела характеризуется постоянной озабоченностью одним или несколькими субъективно воспринимаемыми дефектами или недостатками во внешности, которые либо незаметны, либо лишь незначительно заметны для других. Часто присутствуют идеи отношения (то есть убеждение в том, что люди замечают, судят или говорят о воспринимаемом дефекте или недостатке). В

ответ на эту озабоченность формируется повторяющееся поведение с изучением внешнего вида, дефекта или недостатка, с чрезмерными попытками маскировки или изменения воспринимаемого дефекта, или заметное избегание социальных ситуаций или триггеров, которые усиливают переживание предполагаемого дефекта или недостатка. Симптомы достаточно серьезны, что приводит к серьезному расстройству или значительным ухудшениям в личных, семейных, социальных, образовательных, профессиональных или других важных областях функционирования [3, 4].

- Для телесного дисморфического расстройства и ипохондрии добавлены уточняющие показатели наличия/отсутствия критики

- Введены новые диагнозы патологического накопительства и обонятельных расстройств

- Ипохондрия в DSM-V включена в кластер соматических симптомов и связанных с ними расстройств, тогда как в МКБ-11 она относится к группе обсессивно-компульсивных расстройств. Позиция DSM-V поддерживается очевидной коморбидностью ипохондрии с соматизированными расстройствами и общностью когнитивных и перцептивных стилей этих состояний. С другой стороны, позиция МКБ-11 поддерживается научными публикациями, в которых приводятся доказательства рецидивирующего течения и особенностей поведения, а также наличия паттернов нейтральной активизации воображения при ипохондрии. Кроме того, установлено, что в отличие от соматизированных расстройств, ипохондрия отвечает на лечение, применимое при обсессивно-компульсивном расстройстве [5].

- Нарушения поведения, связанные с телом, включают трихотилломанию (6B45.0) и эксфолиации (6B45.1)

- В отличие от DSM-V, исключены вторичные ОКР, в частности, вследствие приема ПАВ и лекарственных средств, на фоне шизофрении или депрессии, а также в связи с иными медицинскими состояниями

Диагностическая рубрика **6B6(X) Расстройства, связанные со стрессом** в МКБ-11 практически дублирует аналогичную рубрику в DSM-V и несколько отличается от МКБ-10 исключением диагноза острой реакции на стресс и введением диагностических категорий 6B61 Сложное посттравматическое стрессовое расстройство, 6B62 Длительное расстройство горя, а также дополнением «детскими» диагнозами из МКБ-10 [6].

- В DSM-V для посттравматического стрессового расстройства изменен критерий стрессора: теперь при постановке диагноза учитывается переживание, полученное в роли свидетеля и косвенное воздействие стрессора, по-видимому, МКБ-11 будет придерживаться такого же критерия

- Диагноз ПТСР требует наличия трех признаков: повторное переживание, избегание и постоянное чувство опасности

- Основными признаками сложного (комплексного) посттравматического стрессового расстройства (С-ПТСР) являются:

- а) подверженность событиям или ситуациям (краткосрочным или долгосрочным), которые представляют повышенную угрозу или ужасны сами по себе;

- б) после травматического события или ситуации развитие характерного синдрома продолжается на протяжении как минимум нескольких недель и включает три основных элемента: тяжелые или глубокие проблемы в аффективной регуляции; упорная уверенность в собственной заниженной самооценке, неудачливости или бессилии в сочетании с глубоким и всепоглощающим чувством стыда, вины или несостоятельности в отношении травматического события; упорные трудности в поддержании социальных связей или чувство закрытости от других;

- в) расстройство вызывает значительное нарушение функционирования [7].

- С-ПТСР – новая диагностическая категория, которая заменяет категорию «Стойкое изменение личности после переживания катастрофы», которая не смогла привлечь научный интерес и не включала расстройства, возникающие из-за длительного стресса в раннем детстве.

- В МКБ-11 введена диагностическая категория 6B62 Длительное расстройство горя, которая в DSM-V включена как дополнительный критерий в раздел депрессивных расстройств

- Диагностическая категория Расстройства адаптации осталась без изменений, но без подтипов, которые, по мнению разработчиков, не доказали своей валидности

- В эту главу перенесено Реактивное расстройство привязанности (Reactive attachment disorder) и Нарушение социального участия (Disinhibited social engagement disorder) из «детской» главы [8].

Диссоциативные расстройства (6B8(X)), выделенные в МКБ-11 в отдельную диагностическую рубрику, исключают использова-

ние синонима «конверсионные» и включают перегруппированные, в сравнении с МКБ-10, расстройства:

- Диссоциативные fugи и Диссоциативный ступор перестали быть отдельными диагнозами

- Диагностическая категория Диссоциативные расстройства движения, ощущения и познания включает множество уточняющих симптомов (с судорогами, со слабостью или параличом, с изменением ощущения, с симптомами нарушения походки, с другими симптомами нарушения движения, с когнитивными симптомами, с изменением сознания, с визуальными симптомами, с симптомами нарушения глотания, со слуховыми симптомами, с головокружением, с симптомами речевых расстройств и другими симптомами)

- Разделяются состояния транса и расстройства трансового овладения. Трансовое овладение определяется как «единичное или эпизодическое альтернативное состояние сознания или потеря обычного чувства личностной идентичности, сопровождающееся сужением осознанности текущих событий или необычно ограниченным или избирательным фокусированием на окружающих стимулах, сочетающееся с ограничением движений, поз и речи к повторению их в малом репертуаре, которое переживается как существующее под внешним контролем». Исключаются подобные состояния под воздействием ПАВ, лекарственных препаратов или других заболеваний

- К данному разделу отнесены диагностические категории «Диссоциативное расстройство личности» и «Частичное диссоциативное расстройство личности», которые, по-видимому, будут аналогичными описанным в данном разделе DSM-V расстройствам идентичности

- Деперсонализация и дереализация объединены в одно расстройство

- Для всех расстройств данной группы необходимым является критерий нарушения социального функционирования

Диагностическая рубрика МКБ-10 F5 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами в новых классификациях разукрупнена с выделением, вслед за DSM-V, раздела **Расстройства питания и пищевого поведения (6C0(X))** в МКБ-11. Его особенностями являются следующие:

- В DSM-V расширены диагностические критерии для нервной анорексии: удален

критерий аменореи, BMI <18,5 вместо <17,5; продолжительность состояния нервной анорексии – минимум 4 нед.

- Диагностическая категория «Нервная анорексия» предусматривает уточняющий показатель массы тела (значительное снижение/опасно малая/восстановление нормальной), позволяющий оценивать состояние пациента в динамике

- Введены новые диагнозы «избегающий/ограничительный прием еды» (Avoidant/Restrictive Food Intake) (как в DSM-V), а также диагноз «Нарушение пищевого поведения» (6C02)

- Введены бывшие «детские» диагнозы: «пика» (поглощение несъедобных веществ, в диагностической категории 6C04 Извращенный аппетит) и «руминация» (6C05 Повторное пережевывание и заглатывание пищи, выброшенной из желудка в рот), но для них снят возрастной критерий [9, 10].

В МКБ-11, как и в DSM-V, введена диагностическая рубрика **6C2(X) Расстройства физиологических отправления**, включающая энурез и энкопрез:

- Диагноз энуреза включает уточняющий критерий времени возникновения (ночной/дневной/ночной и дневной)

- Диагноз энкопреза уточняется физиологическими проявлениями (с запором или недержанием при переполнении/без запора или недержания при переполнении)

Новые классификации отказались от терминов «соматоформный» и «соматизированный» из-за стигматизации, низкой распространенности в популяции и общемедицинской сети, низкой надежности критериев, основанных на отрицании, не используют термин «психосоматические расстройства», а вводят понятие «соматического дистресс-синдрома» (DSM-V) или «телесного дистресса» (МКБ-11). В отдельную диагностическую рубрику 6C4(X) вынесены **Болезни телесного дистресса или телесного переживания**, то есть, если в DSM-V сохраняется термин «соматический», предложенные в МКБ-11 диагностические категории исключают использование этого термина совсем.

- Предполагается, что в МКБ-11, как и в DSM-V, диагноз телесного дистресса может быть поставлен при «одном и более соматическом симптоме», если «излишние размышления, чувства и поведение связаны с соматическими симптомами или ассоциированы

с проблемами со здоровьем». Следует подчеркнуть, что для диагностики расстройства, связанного с соматическими расстройствами, необходимо постоянное наличие, по меньшей мере, одного из трех психопатологических критериев: тревога о здоровье, диспропорциональные и постоянные переживания о тяжести симптомов, и чрезмерная трата времени и энергии на симптомы или переживания о здоровье

- Выделяются мягкая, умеренная и тяжелая формы расстройства, но без выделения подтипов

- Введена новая диагностическая категория 6C41 Дисфория целостности тела [11].

Расстройства, обусловленные употреблением психоактивных веществ или аддиктивным поведением (6C6(X), 6C7(X)).

- В DSM-5 термин «вещество» (substance) используется без привычного уточнения «психоактивное» (ПАВ)

- В МКБ-11 все расстройства данной рубрики подразделяются на нарушения, связанные с употреблением ПАВ, и нарушения, обусловленные аддиктивным поведением

- Как и в МКБ-10, нарушения, связанные с употреблением ПАВ, разделены на подгруппы в зависимости от вида психоактивного вещества (алкоголь, каннабис, синтетические каннабиноиды, опиоиды, седативные средства, снотворные и анксиолитики, кокаин, амфетамины, метамфетамин и меткатинон, синтетические катиноны, кофеин, галлюциногены, никотин, летучие ингалянты, MDMA или связанные с ним лекарства, включая MDA, диссоциативные препараты, включая кетамин и фенциклидин PCP), то есть перечень психоактивных веществ значительно расширился

- Новацией МКБ-11 является категория «Нарушения, вызванные использованием непсихоактивных веществ» - соединений, не проникающих через гематоэнцефалический барьер, поэтому не могущих оказывать прямого воздействия на психическое состояние (диуретики, слабительные и эритропоэтин (гормон почек, который в спортивной медицине признается допингом, поскольку является стимулятором эритропоэза))

- Если в DSM-5 весь раздел субстанционально-связанных расстройств разделяется на расстройства, связанные с употреблением какого-либо вещества (Substance Use Disorder), и расстройства, индуцированные этим употре-

блением (Substance-Induced Disorder) [12], то МКБ-11 идет по пути атеоретической фиксации нарушений, вызванных ПАВ, но без отказа от термина «индуцированный». В каждой диагностической категории, например, «Нарушения, вызванные употреблением алкоголя» выделяются с кодированием по пятому знаку интоксикация, одиночный эпизод пагубного употребления, пагубный характер употребления (эпизодический или непрерывный), зависимость с уточнением типа течения (текущая, непрерывные течение/ текущая, эпизодическое течение/ ранняя полная ремиссия/ длительная частичная ремиссия/ устойчивая полная ремиссия), абстинентный синдром с уточнением клинических особенностей (несложный, с перцептивными нарушениями, с судорогами, с перцептивными нарушениями и судорогами), а также, с тем же принципом кодирования, психопатологические проявления, вызванные данным психоактивным веществом (делирий, психотическое расстройство, нарушение настроения, тревожное расстройство, сексуальная дисфункция, расстройство сна). Для каждого из психоактивных веществ перечень психопатологических состояний различен, с учетом наиболее часто встречающихся при употреблении данного вещества. При этом амнестический синдром и деменция, вызванные психоактивным веществом кодируются в разделе «Нейрокогнитивные расстройства».

- В DSM-V отказались от терминов «злоупотребление» и «зависимость», объясняя это тем, что зависимость в чистом виде не имеет аддиктивного содержания, а представляет собой нормальную физиологическую реакцию адаптации (бета-блокаторы, опиоиды), то в МКБ-11 термин «зависимость» сохранен.

- Несмотря на то, что в опубликованной для перевода части МКБ-11 термин «гемблинг» не употребляется, содержание раздела, посвященного аддиктивному поведению, его подразумевает. Аддиктивное поведение характеризуется нарушением контроля игрового поведения, предпочтение игры другим видам активности таким образом, что игра преобладает над другими интересами и видами активности, и игра продолжается, несмотря на имеющие место негативные последствия [13].

- Помещение в одну диагностическую рубрику нарушений, связанных с употреблением ПАВ и обусловленных аддиктивным

поведением, отражает результаты исследований, показавших, что эти расстройства имеют общие нейробиологические механизмы, лежащие в основе функционирования мозга и когнитивных функций [14]. Это одинаковый механизм активации системы вознаграждения при гэмблинге и расстройствах с употреблением психоактивных веществ, предполагающий положительное подкрепление, по крайней мере, на ранних стадиях процесса [14]. Установлено, что люди с гэмблингом или расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, обладают гипочувствительной реакцией на вознаграждение, что является подтверждением такого общего механизма химических и поведенческих зависимостей как дофаминергическая дисфункция [14]. Исследования в семьях, где отмечались сочетанные (субстанциональные и игровые) формы злоупотребления, в сравнении с родственниками в семьях с изолированной химической зависимостью показали, что существуют общие генетические закономерности между гэмблингом и расстройствами, связанными с употреблением ПАВ [13].

- Кроме того, для лечения патологического пристрастия к играм используются те же подходы, что и для лечения субстанциональных расстройств, в частности налтрексон и различные виды психотерапии, преимущественно поведенческой направленности [14].

- Диагноз нарушений, вызванных патологическим влечением к играм (в том числе азартным) имеет уточняющий критерий игровой привычки online или offline.

- Даже при выраженном расстройстве, с учетом идентичности церебральных механизмов активности химическим аддикциям, определение гэмблинга в разряд клинической формы многих настораживает. Ведь подобные критерии могут быть применимы и к другим состояниям, например, к крайним проявлениям романтической любви, которые также могут иметь деструктивные последствия, сопоставимые с поведенческой аддикцией.

Нарушения импульсного контроля (6C9(X)) - новая рубрика, в которую отчасти вошла исключенная из МКБ-11 глава МКБ-10 «Расстройства, обычно впервые диагностируемые в детском и подростковом возрасте».

- Включены диагностические категории пиромании и клептомании

- Введен новый диагноз «Компульсивное расстройство сексуального поведения»

- Интермиттирующее эксплозивное расстройство или периодическое взрывчатое расстройство (Intermittent Explosive Disorder) - повторяющиеся короткие эпизоды вербальной или физической агрессии или разрушения собственности, являющиеся результатом нарушения контроля над агрессивными импульсами с интенсивными вспышками или степенью агрессивности, превышающей степень социального стрессора

Новая диагностическая рубрика **Нарушения поведения и диссоциальные расстройства** также в значительной мере включает диагнозы из главы «Расстройства, обычно впервые диагностируемые в детском и подростковом возрасте» МКБ-10 [15, 16].

- Оппозиционное вызывающее расстройство предусматривает уточняющий критерий наличия/отсутствия хронической раздражительности и гнева

- Диссоциальное расстройство поведения рассматривается в зависимости от возраста начала нарушений (в детстве или подростковом периоде)

В основу диагностики **расстройства личности (РЛ)** в МКБ-11 вслед за DSM-V взята линия, начатая Г. Олпортом, Г. Айзенком и Р. Кэттелом, о диспозициональной (от англ. disposition - предрасположенность) модели личности человека или так называемой «Большой Пятеркой». Суть этой модели состоит в том, что уровни преобладания описанных личностных черт формируют индивидуальность человека и, в свою очередь, определяют способность к адаптации этой личности. Эмпирическим путем, с помощью шкал, вопросников и экспертных оценок были выделены пять свойств: нейротизм - эмоциональная стабильность, экстраверсия - отгороженность, доброжелательность - антагонизм, добросовестность - импульсивность, открытость опыту - консерватизм, положенные в основу определения так называемых доменов расстройств личности.

- Выделяются две диагностические категории - Расстройства личности (6D10) и Акцентуированные личностные черты (6D11).

- Диагностика расстройства личности предусматривает пошаговую диагностику как в DSM-V, так и в МКБ-11. На начальном этапе, на основании общих диагностических критериев, которые не отличаются от таковых

в МКБ-10, определяется наличие личностного расстройства. Затем на основании предлагаемых классификаций признаков требуется определение степени его выраженности (легкое, умеренное и тяжелое) без выделения отдельных форм РЛ, как в предыдущих классификациях [17].

- Расстройства личности в МКБ-11 представлены как дезадаптивные варианты личностных качеств, которые могут незаметно переходить в нормальные, или же одно в другое, являясь неким континуумом без каких-либо строгих разграничений. Дименсиональная система классификации личностных расстройств по степени тяжести позволяет диагностировать акцентуацию личности («personality difficulty»), расстройство личности, в том числе, комплексное и тяжелое РЛ. В то же время акцентуированные черты при комплексном исследовании позволяют определить отрицательную аффективность, расторможенность, отстраненность, диссоциативность как отдельные диагностические категории. В этом подразделе рассматриваются ананкастное и пограничное личностные расстройства. «Personality difficulty» по своей сути не является диагнозом, но, как отмечают разработчики, регистрация акцентуаций необходима, так как ее наличие повышает риск необходимости медицинского вмешательства в определенных условиях, например, при стрессе или в определенных условиях среды [18].

- Выделение на основании комплексного исследования личности признаков указанных выше доменов позволяет определить фокус, в котором расстройство личности проявляется в большей мере [19]. Современные исследования, изучающие данный подход, выявляют специфические методы терапии, которые могут быть эффективны при преобладании признаков отдельных доменов. Так, например, домен дезингибирующих признаков требует структурированного психологического вмешательства, пациенты, имеющие признаки домена негативной аффективности — неплохо отвечают на когнитивно-поведенческую терапию, а пациенты с диссоциальными признаками — резистентны к терапевтическим вмешательствам и скорее требуют социальных изменений [20].

В МКБ-10 есть сложности и противоречия в блоках сексуальности и половой идентификации, таких как F52 «Сексуальные дисфунк-

ции, не обусловленные органическими нарушениями или болезнями», F64 «Расстройства половой идентификации», F65 «Расстройства сексуального предпочтения» и F66 «Психологические и поведенческие расстройства, связанные с половым развитием и ориентацией» [21].

Категории МКБ-10, имеющие отношения к половому развитию и ориентации, были рекомендованы к удалению из МКБ-11. Разработчики новых классификаций отказались от таких терминов как «противоположный пол» и «анатомический пол» в пользу более современных, таких как «ассоциируемый пол» и «приписанный при рождении пол». Расстройства гендерной идентификации были переименованы в DSM-V в «Гендерную дисфорию», характеризующуюся «выраженным несоответствием между ассоциированным и приписанным при рождении полом на протяжении как минимум 6 месяцев» или «клинически выраженным дистрессом или дезадаптацией в социальной, школьной или другой важной сфере жизни». Категория «Расстройства половой идентификации» была переосмыслена и названа «Гендерное несоответствие», а также было предложено вывести эту категорию в новый класс «Состояния, связанные с сексуальным здоровьем». Соответственно, в главе 06 Психические и поведенческие расстройства МКБ-11 осталась лишь диагностическая рубрика **6D3(X) Парафилии** [22].

- Предложенная классификация парафилий различает состояния, имеющие отношение к психопатологии и медицине, и состояния, характеризующие только лишь поведенческие особенности.

- Рубрика «Парафилии» является переименованной рубрикой МКБ-10 «Расстройства сексуальных предпочтений», куда относятся эксгибиционизм, вуайеризм, педофилия, садизм принудительного характера, фроттеризм, при этом подчеркивается, что специфические способы достижения сексуального возбуждения, всего лишь являющиеся необычными, но не вызывающими дистресса, дисфункции или вреда здоровью окружающих и самому себе, не являются психическими заболеваниями.

- Дополнительными диагностическими категориями являются «Другое парафильное расстройство с участием несогласных лиц» и «Парафильное расстройство, включающее одиночное поведение или согласие лиц».

Новой диагностической рубрикой является раздел **6D5 Симулятивные расстройства**, диагностические категории которого предусматривают направленность симуляции – на себя или на других.

Диагностическая рубрика **Нейрокогнитивные расстройства** включает весьма ограниченное и измененное по форме количество состояний из рубрики F0 Органические, включая симптоматические, психические расстройства МКБ-10 [23].

- Диагностическая категория «Делирий» включает нарушения сознания из-за болезни, классифицированной в другом разделе, то есть имеется в виду четких этиологический органический фактор при возникновении данного расстройства, а также бред из-за психоактивных веществ, включая лекарства, при этом исключается субстанционально-индуцированный бред, что также подчеркивает органическую природу данной патологии.

- Диагностические критерии легкого нейрокогнитивного расстройства будут включать проявления органического астенического (эмоционально-лабильного) и легкого когнитивного расстройств из МКБ-10, поскольку изначально подчеркивалась диагностическая схожесть данных состояний.

- Амнестическое расстройство также очерчено этиологически (вызванное заболеваниями, классифицированными в других рубриках и вызванное психоактивными веществами, включая медикаменты). Обращает на себя внимание, что в последнем случае уточняющим причинным фактором амнестического расстройства являются алкоголь, седативные и снотворные средства и анксиолитики, при этом не исключается, что нарушение памяти может быть связано и с другим уточненным психоактивным веществом, включая медикаменты.

- Помимо основных критериев деменции предложен ряд этиологических подтипов с отдельными критериями и соответствующими описаниями для каждого из них (деменция из-за болезни Альцгеймера, сосудистая деменция, деменция с тельцами Леви, лобно-височная деменция, деменция из-за психоактивных веществ и из-за болезней, классифицированных в других рубриках). В качестве других этиологических факторов деменции рассматриваются болезнь Паркинсона, болезнь Гентингтона, воздействие тяжелых металлов и других токсинов, вирус иммунодефицита

человека, рассеянный склероз, прионные болезни, гидроцефалия, черепно-мозговая травма, пеллагра, синдром Дауна и другие.

Существуют важные, хотя и достаточно тонкие различия между этими подтипами, которые базируются на информации, полученной в результате изучения постмортальных лабораторных корреляций и наблюдений за прогрессированием болезни, и которые появились за последние 20 лет [24, 25].

- В деменции выделено три степени тяжести: легкая, умеренная и тяжелая

- Отдельная диагностическая категория (кодируется по пятому знаку) предусматривает выделение поведенческих или психологических нарушений при деменции (психотические симптомы, симптомы нарушенного настроения, тревоги, апатии, ажитации или агрессии, раздражения и бреда).

Отдельная диагностическая рубрика **6E2(X) Психические и поведенческие расстройства, связанные с беременностью, родами и послеродовым периодом** позволяет диагностировать расстройства без психотических симптомов (послеродовая депрессия, например) или с психотическими симптомами [26].

Новым разделом является рубрика **6E4(X) Психологические и поведенческие факторы, влияющие на расстройства и заболевания, классифицированные в других рубриках**. Несмотря на размытость формулировок (возможно, связанную с переводом), очевидной для этого раздела является неопределенность границ психического расстройства, поскольку предлагается оценивать и психологические симптомы, и черты характера, и неадекватное поведение в отношении здоровья, и физиологический ответ, связанный со стрессом, влияющие на расстройства и заболевания, квалифицированные в других диагностических рубриках классификации [26].

Диагностическая рубрика **6E6(X) Вторичные психические и поведенческие нарушения, связанные с расстройствами и заболеваниями, классифицированными в других рубриках** является аналогом симптоматических психических и поведенческих расстройств в МКБ-10 и включает нейродеструктивный синдром, психотический синдром, синдром расстройства настроения, синдром тревоги, обсессивно-компульсивный, диссоциативный, нейрокогнитивный (исключая делирий) синдромы, нарушение контроля импульсивности, кататонию, вторичное изменение личности [26].

Как уже упоминалось, диагностические рубрики «Сексуальная дисфункция», «Гендерное несоответствие» и «Расстройства сна-бодрствования» не относятся в МКБ-11 к разделу 06 Психические и поведенческие расстройства и вынесены в отдельные главы [27].

Таким образом, базовая платформа МКБ-11, максимально гармонизированная с DSM-V, соответствует МКБ-10, однако существенно расширяется объем информации, подлежащий кодированию, вводится обязательность множественности кодов, появляется необходимость кодирования не только самого диагноза, но и функционального статуса, а также степени снижения функционирования. Количество классов и кодов значительно возрастает, усложняется их структура. Использование МКБ-11 без использования автоматизированных систем является практически невозможным, тем более, что данный пересмотр будет предоставляться бесплатно в режиме онлайн для личного пользования. Тем

более, что использование DSM-V предусматривает внедрение цифровой технологии моментальной оценки (метод экспериментальных образцов Experience Sampling Method ESM). Поэтому можно предположить, что старт началу использования МКБ-11 будет дан через несколько лет.

Процесс перехода к МКБ-11 является неизбежным и, несомненно, не произойдет без предварительных сложностей. Внедрение любой новой классификации болезней всегда требует осуществления сложного комплекса сопутствующих мероприятий, а также сопровождается критикой и дискуссиями, которые, однако, не должны влиять на использование классификации. Задачей нынешнего перехода будет являться достижение компромиссов между международными требованиями и национальными подходами для совершенствования и оптимизации качества оказываемой пациентам с психическими расстройствами специализированной помощи.

Ряполова Т.Л.

ОТ МКБ-10 К DSM-V И МКБ-11: МЕТОДИЧЕСКИЕ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ (ЧАСТЬ II)

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

Вторая часть обзора литературы, посвященного методическим и методологическим проблемам перехода к новым международным классификациям психических расстройств DSM-V и МКБ-11, содержит данные об особенностях диагностических рубрик, диагностических категорий, диагностических критериев и диагностических кодов принятой в 2013г. американской классификации Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5-го пересмотра (DSM-V) и раздела «Психические и поведенческие расстройства» принятой в июне 2018г. International Classification of Diseases 11-го пересмотра (МКБ-11). Проводится анализ изменений, касающихся методических аспектов диагностики невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств, расстройств личности и поведенческих нарушений, психических расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, парафилий и нейрокогнитивных нарушений. Приведены преимущества и недостатки действующей в настоящий момент МКБ-10, а также изменения, внесенные новыми диагностическими подходами. Основной задачей перехода к МКБ-11 в ближайшем будущем, по мнению автора, является достижение компромиссов между международными требованиями и национальными подходами для совершенствования и оптимизации качества оказываемой пациентам с психическими расстройствами специализированной помощи.

Ключевые слова: международная классификация болезней, МКБ-10, МКБ-11, DSM-V

Ryapolova T.L.

FROM ICD-10 TO DSM-V AND ICD-11: METHOD AND METHODOLOGICAL ASPECTS (PART II)

State Educational Organization of Higher Professional Education
«M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR

The second part of the literature review on methodological and methodological problems of the transition to the new international classifications of mental disorders DSM-V and ICD-11 contains data on the features of diagnostic headings, diagnostic categories, diagnostic criteria and diagnostic

codes adopted in 2013. American Classification Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th revision (DSM-V) and the section «Mental and behavioral disorders» adopted in June 2018. International Classification of Diseases 11th revision (ICD-11). Changes are analyzed regarding the methodological aspects of the diagnosis of neurotic, stress-related and somatoform disorders, personality disorders and behavioral disorders, mental disorders associated with the use of psychoactive substances, paraphilia and neurocognitive disorders. The advantages and disadvantages of the current ICD-10, as well as the changes introduced by the new diagnostic approaches are presented. The main objective of the transition to ICD-11 in the near future, according to the author, is to achieve a compromise between international requirements and national approaches to improve and optimize the quality of specialized care provided to patients with mental disorders.

Keywords: international classification of diseases, ICD-10, ICD-11, DSM-V

Литература

1. Kogan C.S., Stein D.J., Maj M., First M.B., Emmelkamp P.M.G., Reed G.M. The classification of anxiety and fear-related disorders in the ICD-11. *Depress. Anxiety*. 2016; 33: 1141–1154.
2. Stein D.J., Kogan C.S., Atmaca M., Fineberg N.A., Fontenelle L.F., Grant J.E. et al. The classification of obsessive-compulsive and related disorders in the ICD-11. *J. Affect. Disorders* 2016; 190: 663–674.
3. Ipser J.C., Sander C., Stein D.J. Pharmacotherapy and psychotherapy for body dysmorphic disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009; 21(1): CD005332.
4. Phillips K.A. Body image. In: Th.F. Cash, L. Smolak (Eds.) *A handbook of science, practice, and prevention*. New York: Guilford Press; 2011: 78–115.
5. Simpson H.B., Reddy Y.C. Obsessive-compulsive disorder for ICD-11: proposed changes to the diagnostic guidelines and specifiers. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2014; 36 (1): 3–13.
6. Maercker A., Brewin C.R., Bryant R.A., Cloitre M., Ommeren M. van, Jones L.M. et al. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry*. 2013; 12: 198–206.
7. Shevlin M., Hyland P., Karatzias T., Fyvie C., Roberts N., Bisson J. I., Cloitre M. Alternative models of disorders of traumatic stress based on the new ICD-11 proposals. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2017; 135(5): 419–428.
8. Rutter M., Uher R. Classification issues and challenges in childhood and adolescent psychopathology. *Int. Rev. Psychiatry*. 2012; 24: 514–529.
9. Uher R., Rutter M. Classification of feeding and eating disorders: review of evidence and proposals for ICD-11. *World Psychiatry*. 2012; 11: 80–92.
10. Al-Adawi S., Bax B., Bryant-Waugh R., Claudino A.M., Hay P., Monteleone P. et al. Revision of ICD – status update on feeding and eating disorders. *Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice*. 2013; 1: 10–20.
11. Gureje O. Classification of somatic syndromes in ICD-11. *Curr. Opin. Psychiatr.* 2015; 28: 345–349.
12. Зобин М. Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ и гемблинг (от DSM-5 к МКБ-11). *Неврологический вестник*. 2015; XLVII (2): 58–67.
13. Mann K., Fauth-Buhler M., Higuchi S., Potenza M.N., Saunders J.B. Pathological gambling: A behavioral addiction. *World Psychiatry*. 2016; 15 (3): 292–293.
14. Fauth-Buhler M., Mann K., Potenza M.N. Pathological gambling: a review of the neurobiological evidence relevant for its classification as an addictive disorder. *Addict Biol.* 2017; 22 (4): 885–897.
15. Lochman JE, Evans SC, Burke JD, Roberts MC, Fite PJ, Reed GM et al. An empirically based alternative to DSM-5's disruptive mood dysregulation disorder for ICD-11. *World Psychiatry* 2015; 14: 30–33.
16. Evans SC, Burke JD, Roberts MC, Fite PJ, Lochman JE, Pena FR de la et al. Irritability in child and adolescent psychopathology: An integrative review for ICD-11. *Clin. Psychol. Rev.* 2017; 53: 29–45.
17. Coid J. et al. Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *The British Journal of Psychiatry*. 2006; 188 (5): 423–431.
18. Yang M., Coid J., Tyrer P. Personality pathology recorded by severity: national survey. *The British Journal of Psychiatry*. 2010; 197 (3): 193–199.
19. Mulder R. T. et al. The central domains of personality pathology in psychiatric patients. *Journal of personality disorders*. 2011; 25 (3): 364–377.
20. Tyrer P., Reed G.M., Crawford M.J. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet*. 2015; 385: 717–726.

References

1. Kogan C.S., Stein D.J., Maj M., First M.B., Emmelkamp P.M.G., Reed G.M. The classification of anxiety and fear-related disorders in the ICD-11. *Depress. Anxiety*. 2016; 33: 1141–1154.
2. Stein D.J., Kogan C.S., Atmaca M., Fineberg N.A., Fontenelle L.F., Grant J.E. et al. The classification of obsessive-compulsive and related disorders in the ICD-11. *J. Affect. Disorders* 2016; 190: 663–674.
3. Ipser J.C., Sander C., Stein D.J. Pharmacotherapy and psychotherapy for body dysmorphic disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009; 21(1): CD005332.
4. Phillips K.A. Body image. In: Th.F. Cash, L. Smolak (Eds.) *A handbook of science, practice, and prevention*. New York: Guilford Press; 2011: 78–115.
5. Simpson H.B., Reddy Y.C. Obsessive-compulsive disorder for ICD-11: proposed changes to the diagnostic guidelines and specifiers. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2014; 36 (1): 3–13.
6. Maercker A., Brewin C.R., Bryant R.A., Cloitre M., Ommeren M. van, Jones L.M. et al. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry*. 2013; 12: 198–206.
7. Shevlin M., Hyland P., Karatzias T., Fyvie C., Roberts N., Bisson J. I., Cloitre M. Alternative models of disorders of traumatic stress based on the new ICD-11 proposals. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2017; 135(5): 419–428.
8. Rutter M., Uher R. Classification issues and challenges in childhood and adolescent psychopathology. *Int. Rev. Psychiatry*. 2012; 24: 514–529.
9. Uher R., Rutter M. Classification of feeding and eating disorders: review of evidence and proposals for ICD-11. *World Psychiatry*. 2012; 11: 80–92.
10. Al-Adawi S., Bax B., Bryant-Waugh R., Claudino A.M., Hay P., Monteleone P. et al. Revision of ICD – status update on feeding and eating disorders. *Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice*. 2013; 1: 10–20.
11. Gureje O. Classification of somatic syndromes in ICD-11. *Curr. Opin. Psychiatr.* 2015; 28: 345–349.
12. Zobin M. Rasstroistva, svyazannye s upotrebleniem psikhoaktivnykh veshchestv i gembling (ot DSM-5 k MKB-11) [Psychoactive substance use disorders and gambling (from DSM-5 to ICD-11)]. *Nevrologicheskii vestnik*. 2015; XLVII (2): 58–67 (in Russian).
13. Mann K., Fauth-Buhler M., Higuchi S., Potenza M.N., Saunders J.B. Pathological gambling: A behavioral addiction. *World Psychiatry*. 2016; 15 (3): 292–293.
14. Fauth-Buhler M., Mann K., Potenza M.N. Pathological gambling: a review of the neurobiological evidence relevant for its classification as an addictive disorder. *Addict Biol.* 2017; 22 (4): 885–897.
15. Lochman JE, Evans SC, Burke JD, Roberts MC, Fite PJ, Reed GM et al. An empirically based alternative to DSM-5's disruptive mood dysregulation disorder for ICD-11. *World Psychiatry* 2015; 14: 30–33.
16. Evans SC, Burke JD, Roberts MC, Fite PJ, Lochman JE, Pena FR de la et al. Irritability in child and adolescent psychopathology: An integrative review for ICD-11. *Clin. Psychol. Rev.* 2017; 53: 29–45.
17. Coid J. et al. Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *The British Journal of Psychiatry*. 2006; 188 (5): 423–431.
18. Yang M., Coid J., Tyrer P. Personality pathology recorded by severity: national survey. *The British Journal of Psychiatry*. 2010; 197 (3): 193–199.
19. Mulder R. T. et al. The central domains of personality pathology in psychiatric patients. *Journal of personality disorders*. 2011; 25 (3): 364–377.
20. Tyrer P., Reed G.M., Crawford M.J. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet*. 2015; 385: 717–726.

21. Reed G.M., Drescher J., Krueger R.B., Atalla E. et al. Расстройства, связанные с сексуальностью и половой принадлежностью в МКБ-11: пересмотр классификации МКБ-10, основанный на последних научных доказательствах, клиническом опыте и правовых соображениях World Psychiatry. 2016; 15 (3): 205-219.
22. Матевосян С.Н., Введенский Г.Е. Сексуальные расстройства в проекте МКБ-11: методологические и клинические проблемы. Социальная и клиническая психиатрия. 2017; 27 (3): 102-105.
23. Sachdev P., Andrews G., Hobbs M.J. et al. Neurocognitive disorders: Cluster 1 of the proposed metastructure for DSM-V and ICD-11. Psychol. Med. 2009; 39: 2001-2012.
24. Porteri C., Frisoni G.B. Biomarker-based diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: how and what to tell. A kickstart to an ethical discussion. Front Aging Neurosci. 2014; 19: 41.
25. Любов Е.Б. Старческие деменции в свете МКБ-11. Социальная и клиническая психиатрия. 2015; 25 (2): 5-8.
26. Gaebel W., Zielasek J., Reed G.M. Mental and behavioural disorders in the ICD-11: concepts, methodologies, and current status. Psychiatr.Pol. 2017; 51 (2): 169-195.
27. Ghali W.A., Pincus H.A., Southern D.A., Brien S.E. et al. ICD-11 for quality and safety: overview of the WHO quality and safety topic advisory group. Int. J. Qual. Health. 2013; 25: 621-625.
- assessment, prevalence, and effect of personality disorder. Lancet. 2015; 385: 717-726.
21. Reed G.M., Drescher J., Krueger R.B., Atalla E. et al. Rasstroistva, svyazannye s seksual'nost'yu i polovoi prinadlezhnost'yu v MKB-11: peresmotr klassifikatsii MKB-10, osnovannyi na poslednikh nauchnykh dokazatel'stvakh, klinicheskom opyte i pravovykh soobrazheniyakh World Psychiatry. 2016; 15 (3): 205-219 (in Russian).
22. Matevosyan S.N., Vvedenskii G.E. Seksual'nye rasstroistva v proekte MKB-11: metodologicheskie i klinicheskie problemy [Sexual disorders in the ICD-11 project: methodological and clinical problems]. Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya. 2017; 27 (3): 102-105 (in Russian).
23. Sachdev P., Andrews G., Hobbs M.J. et al. Neurocognitive disorders: Cluster 1 of the proposed metastructure for DSM-V and ICD-11. Psychol. Med. 2009; 39: 2001-2012.
24. Porteri C., Frisoni G.B. Biomarker-based diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: how and what to tell. A kickstart to an ethical discussion. Front Aging Neurosci. 2014; 19: 41.
25. Lyubov E.B. Starcheskie dementsii v svete MKB-11 [Senile dementia in the light of ICD-11]. Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya. 2015; 25 (2): 5-8 (in Russian).
26. Gaebel W., Zielasek J., Reed G.M. Mental and behavioural disorders in the ICD-11: concepts, methodologies, and current status. Psychiatr.Pol. 2017; 51 (2): 169-195.
27. Ghali W.A., Pincus H.A., Southern D.A., Brien S.E. et al. ICD-11 for quality and safety: overview of the WHO quality and safety topic advisory group. Int. J. Qual. Health. 2013; 25: 621-625.

Поступила в редакцию 25.09.2018