

Ряполова Т.Л.

ОТ МКБ-10 К DSM-V И МКБ-11: МЕТОДИЧЕСКИЕ И
МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ (ЧАСТЬ I)Государственная образовательная организация высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

В 1948г. в международной классификации болезней МКБ-6 впервые был выделен раздел психических расстройств. Вышедшая в июне 2018г. новая классификация МКБ-11 является шестым по счету пересмотром классификации в психиатрии за шесть десятилетий. Безусловно, за этот период психиатрическая наука и практика развивались, менялись и продолжают меняться диагностические подходы, меняется общественный взгляд на психиатрию, осуществляются многочисленные исследования, пытающиеся пролить свет на этиологию психических расстройств, проводятся многоцентровые клинические исследования новых лекарственных препаратов и методов оказания помощи больным с психическими расстройствами. Поэтому разработка МКБ-11 является неизбежной и необходимой для того, чтобы отразить и зафиксировать те существенные изменения, тот прогресс, который достигнут в психиатрической науке и практике за прошедшие годы. Тем более, что полный международный пересмотр классификационных и диагностических систем происходит раз в 10-20 лет [1] согласно предложению Американской ассоциации общественного здравоохранения на конференции в Оттаве (Канада) в 1898г.. МКБ-10, внедренная в клиническую практику с 1992г., отражала глобальные тенденции в мировой психиатрии, связанные как с кризисом медицинской модели психического расстройства с одновременным усилением внимания общества к проблемам психического здоровья, так и с признанием недостаточности современной доказательной базы для создания этиопатогенетически ориентированной классификации психических расстройств [2, 3].

В качестве преимуществ МКБ-10, которые поначалу не могли быть оценены практической отечественной психиатрией, но которые на сегодняшний день делают ее практичной и удобной в каждодневном применении, можно отметить:

- техническое удобство;
- приспособленность для практического использования в разных целях;
- буквенно-цифровая шифровка, втрое расширившая число категорий в сравнении с МКБ-9;
- возможность использовать несколько шифров в каждом конкретном случае;
- внимание к продолжительности симптоматики;
- описательный (дескриптивный) характер классификации;
- термины МКБ-10 «не несут в себе теоретического смысла».

В то же время, использование МКБ-10 в течение длительного времени, делает очевидными недостатки данной классификации:

- отход от психопатологических и клинических традиций;
- декларирование синдромальной диагностики, на деле – промежуточный характер между диагностикой нозологической и синдромальной;
- отказ от дихотомии «невроз-психоз» и отказ от генетического основания расстройств (атеоретичность) не привел к адекватным морфологическим описаниям;
- подмена дестигматизации переименованиями;
- отсутствие возможности использовать декларируемую многоосевую диагностику ввиду отсутствия соответствующего инструментария (полуструктурированных диагностических интервью и скринингового инструментария из DSM-IV);
- отрицание методологических представлений советской и российской психиатрических школ, акцент на традициях американской психиатрии [4].

Глава «Психические и поведенческие расстройства» МКБ-11 создавалась с целью обеспечения стран-членов ВОЗ наиболее эффективным инструментом для уменьшения бремени психических и поведенческих рас-

Сравнительная характеристика рубрик DSM-V, МКБ-11 и МКБ-10

МКБ-10 (11 рубрик)	DSM-V (20 рубрик)	МКБ-11 (19 рубрик)
Органические психические расстройства	Расстройства психического развития	Нарушения психического развития
Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления ПАВ	Расстройства шизофренического спектра и другие психотические состояния	Шизофрения и другие преимущественно психотические расстройства
Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства	Биполярные и связанные с ним расстройства	Аффективные расстройства
Аффективные расстройства настроения	Депрессивные расстройства	Тревожные и связанные со страхом расстройства
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	Тревожные расстройства	Обсессивно-компульсивные расстройства
Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами	Обсессивно-компульсивные и связанные с ними расстройства	Расстройства, связанные со стрессом
Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых	Связанные с психическими травмами и стрессами расстройства	Диссоциативные расстройства
Умственная отсталость	Диссоциативные расстройства	Телесный дистресс
Нарушения психологического развития	Психические расстройства с преобладанием соматических симптомов и родственные им состояния	Расстройства пищевого поведения
Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте	Расстройства питания и приема пищи	Расстройства физиологических отправлений
Неуточненное психическое расстройство	Расстройства выделения (эякуляции)	Расстройства, обусловленные употреблением ПАВ
	Расстройства режима «сон-бодрствование»	Патологическая импульсивность
	Сексуальные расстройства	Деструктивное поведение и диссоциальные расстройства
	Гендерная дисфория	Расстройства личности
	Агрессивные состояния, импульсивные и поведенческие расстройства	Расстройства парафилии
	Расстройства, связанные с приемом ПАВ и аддиктивные состояния	Симулятивные расстройства
	Нейрокогнитивные расстройства	Нейрокогнитивные расстройства
	Личностные расстройства	Психологические и поведенческие факторы, влияющие на расстройства и заболевания, классифицированные в других разделах
	Парафилии	Психические и поведенческие расстройства, связанные с расстройствами и заболеваниями, классифицированными в других рубриках
	Другие психические расстройства	Расстройства сна-бодрствования Сексуальная дисфункция Гендерное несоответствие

стройств, а также обеспечения специалистов здравоохранения наиболее эффективными инструментами для выявления лиц, которые нуждаются в психиатрической помощи, и для выбора методов лечения, которые будут наиболее действенными [5]. Одной из целей 11-го пересмотра МКБ является попытка сближения ее с классификацией DSM-V, опубликованной в мае 2013г. [6].

Однако классификационные системы DSM и МКБ имеют значительные организационные и сущностные отличия. Так, Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (DSM), определяя общий язык, с помощью которого клиницисты, исследователи и чиновники системы здравоохранения в США говорят о психических расстройствах, разрабатывается Американской психиатрической ассоциацией (АПА), обеспечивает ее доход, предназначена для психиатров, а также под эгидой США для англоязычных стран, одобряется членами правления АПА, охватывает только психические расстройства и основывается на операциональных диагностических критериях. Международная классификация болезней (МКБ) разрабатывается ВОЗ и одобряется на Ассамблее ВОЗ, представляет собой свободный и открытый ресурс для улучшения общественного благополучия, для решения задач государственного уровня и потребностей служб первого контакта, предусматривает международное, междисциплинарное, многоязычное участие, охватывает все нарушения здоровья и основывается на подробных описаниях отдельных форм психической патологии [3].

Однако после 1982г., когда в Копенгагене состоялась международная конференция по классификации психических расстройств, во всем мире появилось осознание того, что МКБ должно предложить более четкие диагностические критерии психических расстройств по аналогии с теми, которые возникли в DSM-III в 1980 г.. В дальнейшем продолжались консультации между Американской психиатрической ассоциацией (АПА), которая работала над DSM-IV, и ВОЗ, которая разрабатывала МКБ-10 [7, 8]. С учетом этого опыта, при работе над DSM-V и МКБ-11 была возможность не только улучшить это сотрудничество в плане диагностической значимости и валидности, но и повысить их совместимость с клиническими рекомендациями МКБ-11 и психиатрическим сообществом в целом [9].

Созданные в процессе создания DSM-V и МКБ-11 комитеты по гармонизации ВОЗ и АПА сосредоточились на разработке общей классификационной структуры («метаструктуры») новых классификаций. Большинство рабочих групп МКБ-11 включали членов комиссий по DSM-V. Перед рабочими группами МКБ-11 была поставлена задача учитывать определения DSM-V, для различий необходимо было предоставить обоснование. В результате организационная структура DSM-V и МКБ-11 в значительной степени была гармонизирована, хотя имеются некоторые различия [9], что, в конечном итоге, привело к своеобразной экспансии американских диагностических подходов и нивелированию европейских диагностических традиций.

В таблице 1 представлены основные отличия новых классификаций DSM-V и МКБ-11 от МКБ-10.

Как видно из приведенной таблицы, в новых классификациях не только значительно увеличилось количество диагностических рубрик, но и произошло перегруппирование психических расстройств в соответствии с классификационными требованиями. Так, в сравнении с МКБ-10 в новых классификациях:

- Большие диагностические группы F0, F1, F2, F6 сохранены, но внесены некоторые изменения в названия, значительные изменения претерпело внутреннее содержание.

- Для соматогенных психических расстройств выделена рубрика «Вторичные психические и поведенческие синдромы, ассоциированные с расстройствами или заболеваниями, классифицированными в других разделах».

- Диагностическая рубрика F3 (Расстройства настроения) сохранена под тем же названием, но внесены значительные изменения в дефиниции аффективных расстройств.

- Психические расстройства рубрики F4 распределены в новые группы («Тревожные и связанные со страхом расстройства», «Обсессивно-компульсивные и сходные с ними расстройства», «Расстройства, специфически ассоциированные со стрессом», «Диссоциативные расстройства», «Телесный дистресс»). Нет диагноза неврастения.

- Психические расстройства рубрики F5 распределены в новые группы («Расстройства пищевого поведения», «Расстройства сна-бодрствования», «Сексуальная дисфункция», «Расстройства, связанные с употреблением веществ»).

- Расстройства группы F6 распределены («Расстройства личности», «Патологическая импульсивность», «Расстройства парафилии», «Гендерное несоответствие», «Симулятивные расстройства»).

- Нет раздела, посвященного психическим расстройствам, начинающимся преимущественно в детском и подростковом возрасте.

- Расстройства, ранее считавшиеся специфичными для детского и подросткового возраста, рассматриваются как возможные для других возрастных групп («Сепарационная тревога» – в разделе «Тревожные и связанные со страхом расстройства»).

- Рубрики «Сексуальная дисфункция» и «Гендерное несоответствие» вынесены в новую отдельную главу «Состояния, связанные с сексуальным здоровьем» вне раздела, посвященного психическим и поведенческим расстройствам.

- Исключен критерий дистресса.

С введением DSM-V Американской психиатрической ассоциацией (АПА) предлагается новая система диагностики в психиатрии, основные принципы которой заключаются в следующем:

- индивидуализированный подход, основанный на изучении причинных влияний на группы симптомов («точный (precision) диагноз»);

- симптомы отражают ответ на ситуацию («контекстный (context) диагноз»);

- симптомокомплексы развиваются во времени и имеют определенные стадии развития («этапный (staging) диагноз»);

- диагностический процесс является результатом сотрудничества, а не процедурой, отражающей первый этап между специалистом и пациентом.

При этом от идеи многоосевой диагностики, предложенной DSM-IV и не прижившейся ни после выхода этой классификации, ни в процессе использования МКБ-10, разработчики и DSM-V, и МКБ-11 отказались.

Основные особенности диагностических рубрик DSM-V представляются следующим образом [10].

Расстройства нейроразвития (Neurodevelopmental Disorders). Тяжесть расстройства определяется не по IQ, а по уровню адаптивного функционирования. Речевые расстройства вошли в новую категорию «расстройство социальной коммуникации», у которой часть синдромов совпадает с «расстрой-

ством аутистического спектра». Категория «расстройства аутистического спектра» является взамен диагнозов аутизма, синдрома Аспергера, дезинтегративного расстройства детского возраста и неутонченного общего расстройства развития – все они прекращают свое существование в качестве самостоятельных диагнозов. СДВГ может начаться позже (до 12 лет) и он иначе рассматривается в разных сферах. Расстройства обучения и двигательные расстройства организованы в этой главе по-другому и отчасти объединены.

Расстройства шизофренического спектра и иные психотические расстройства (Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders). Для диагноза шизофрении теряют свой особый вес симптомы первого ранга К. Шнайдера. Для постановки диагноза впредь требуется один позитивный симптом. Подтипы убраны – в пользу дименсионального показателя тяжести.

Для шизоаффективного расстройства подчеркивается аспект настроения. При бредовом расстройстве уже больше не исключается вычурное содержание – хотя оно и оценивается отдельно. Расширен раздел «кататония»: этот код теперь может проставляться как смежный диагноз (уточняющий показатель) при депрессивном, биполярном и психотическом расстройствах.

Биполярное и аналогичные расстройства (Bipolar and related disorders). Биполярное и аналогичные ему расстройства теперь отделены от депрессивных расстройств и выделены в отдельную категорию. Дается более четкая дефиниция мании и вводятся уточняющие показатели для смешанных эпизодов, что понижает порог расстройства. Добавлены остаточная подкатегория «прочих» и уточняющий показатель для симптомов тревоги.

Депрессивные расстройства (Depressive disorders). Добавлены «дисрегулирующее расстройство настроения» (disruptive mood dysregulation disorder) и «предменструальное дисфорическое расстройство» (premenstrual dysphoric disorder). В один диагноз объединены хроническая депрессия и дистимия, теперь это «стойкое депрессивное расстройство (дистимия)» с рядом уточняющих показателей. Большое депрессивное расстройство осталось практически без изменений, правда, для «подпороговой» симптоматики введен уточняющий показатель «смешанные проявления». Также введен уточняющий показатель для

тревожного дистресса. Убраны основания для исключения реакции горя.

Тревожные расстройства (Anxiety disorders). Обсессивно-компульсивное расстройство и посттравматическое расстройство по нейрофизиологическим и эпидемиологическим основаниям вынесены в отдельные главы. Незначительно адаптированы разнообразные критерии фобии, и разъединены агорафобия и паника. Панические атаки могут выступать в роли уточняющего показателя при других диагнозах. Диагнозы «тревожное расстройство отделения от матери» (separation anxiety disorder) и селективный мутизм перестали быть специфическими «детскими» диагнозами.

Обсессивно-компульсивное и аналогичные расстройства (Obsessive-compulsive and related disorders). Для обсессий и для «Телесного дисморфического расстройства» добавлены уточняющие показатели тяжести и критики, в т.ч. «бредовой характер». То же касается и «патологического собирательства» (Hoarding Disorder) – совершенно нового диагноза в DSM-V, равно как и «экскориации» (Excoriation (Skin-Picking) Disorder). Сюда же вошла трихотилломания, и, помимо этого, добавлены экзогенные причины ОКР, в частности, вследствие приема ПАВ и лекарственных средств, а также в связи с иными медицинскими состояниями.

Расстройства, обусловленные воздействием травмы и стрессоров (Trauma- and stressor-related disorders). Как для острой травмы, так и для посттравматического стрессового расстройства изменен критерий стрессора: теперь при постановке диагноза учитывается переживание, полученное в роли свидетеля и косвенное воздействие стрессора. Также исключено требование непосредственного переживания страха, ужаса или чувства беспомощности. Разъединены избегание и эмоциональное уплощение, и при этом к эмоциональному уплощению добавлено стойкое подавленное настроение. К уже известным симптомам возбуждения добавлены бесшабашность, (ауто)деструктивное поведение, раздражительность и агрессия. Для детей и подростков в пубертате используются пониженные диагностические пороги. В эту главу перенесено реактивное расстройство привязанности (Reactive attachment disorder).

Диссоциативные расстройства (Dissociative Disorders). Различные изменения были внесе-

ны в критерии диссоциативного расстройства идентичности, включая, например, восприятие перехода (перемены) идентичности третьими лицами. Деперсонализация и дереализация объединены в одно расстройство. Диссоциативные fugи перестали быть отдельным диагнозом, и стали уточняющим показателем в «диссоциативной амнезии».

Расстройство с соматическими симптомами и аналогичные расстройства (Somatic symptom and related disorders). Это то, что ранее называлось соматоформными расстройствами. Из DSM убраны расстройство соматизации, ипохондрия, болевое расстройство и неуточненное соматоформное расстройство. Диагноз «расстройство с соматическими симптомами» может ставиться наравне с диагнозом из иной медицинской специальности только если соматические симптомы сочетаются с абнормальными мыслями, чувствами и поведением. Необъяснимые медицинские симптомы играют решающую роль только при ложной беременности и конверсии (т.е. функциональном расстройстве с неврологической симптоматикой). В остальных случаях в этой группе следует искать позитивную симптоматику.

Расстройства, связанные с едой и питанием (Feeding and Eating Disorders). Сюда попали бывшие «детские» диагнозы, как «пика» (поглощение несъедобных веществ) и «руминация» (т.е. отрыгивание еды с повторным пережевыванием), но для них снят возрастной критерий. Есть и новый диагноз - «избегающий /ограничительный прием еды» (Avoidant/Restrictive Food Intake). Анорексия больше не требует аменореи и эпизодов обжорства, хотя для нервной булимии и для новой категории «расстройство, связанное с употреблением за раз большого количества еды» (Binge-Eating Disorder) приступы обжорства должны случаться по крайней мере раз в неделю.

Расстройства сна и бодрствования (Sleep-Wake Disorders). Разделения на подлинно психиатрические и иные («соматические») расстройства сна в DSM-V нет, учитывая исходную концепцию о смежном характере диагнозов. В главе представлено большое количество расстройств сна, описываемых через физические характеристики в связи с циркадными ритмами и нарушениями дыхания. В эту группу включен «синдром беспокойных ног» (Restless legs syndrome) и «поведенческое расстройство, связанное с

фазой быстрых движений глаз» (REM Sleep Behavior Disorder). Большой диагностический выбор предрасполагает уйти от использования «неуточненных» диагнозов.

Сексуальные дисфункции (Sexual Dysfunctions). С целью избежать гипердиагностики, пороги диагнозов в этой группе подняты. Вагинизм объединен с диспареунией в категорию «генитально-тазовые боли/ расстройство пенетрации» (Genito-Pelvic Pain / Penetration Disorder). Убрано расстройство сексуального отвращения (sexual aversion disorder). Для всех расстройств выделяются подтипы с учетом психологических или сочетанных факторов, ситуации и достижений.

Гендерная дисфория (Gender Dysphoria). Это новая категория, считающаяся самостоятельной. Нуждается в дальнейших исследованиях и разработке.

Расстройства поведения и импульсного контроля (Disruptive, impulse control, and conduct disorders). Новая глава, в которую отчасти вошла исчезнувшая глава «Расстройства, обычно впервые диагностируемые в детском и подростковом возрасте». Помимо разнообразных расстройств контроля импульсивности, сюда попало и антисоциальное личностное расстройство, сдублированное из главы о личностных расстройствах. Пересмотрены и утяжелены критерии для оппозиционно-вызывающего расстройства. В расстройстве поведения (Conduct Disorder) убраны основания для исключения диагноза, но добавлен уточняющий показатель «бессердечно-холодное отношение» (callous-unemotional). Периодическое взрывчатое расстройство (Intermittent Explosive Disorder) теперь может быть вербальным, а остальные критерии этого расстройства уточнены.

Расстройства, связанные с психоактивными веществами и аддикцией (Substance-related and addictive disorders). Эта глава впервые включает расстройство, не вызванное химическим веществом – это зависимость от азартных игр. Для химических веществ злоупотребление и зависимость объединены в «Расстройство, связанное с употреблением ПАВ» (Substance Use Disorder). «Тяга» появляется в качестве критерия, и убраны проблемы с органами юстиции. Появился новый код расстройств, связанных с табаком, тогда как кофеин был уже в DSM-IV TR. Существует критерий тяжести, а также упоминание «в контролируемых обстоятельствах» или «как

поддерживающее лечение» (для метадона).

Таким образом, особенностями DSM-V, а вслед за ней и МКБ-11, являются следующие:

- 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 DSM-V и МКБ-11 без использования автоматизированных систем практически невозможно;
- этиологичность и дименсиональный подход;
- разделены понятия дистресса (термин отсутствует) и нарушения социального функционирования;
- линейность и онтогенетичность (содержательный аспект);
- интеграция дименсий;
- ревизия диагностических критериев:
 - а) объединение и разделение расстройств
 - б) спецификаторы и подтипы (феноменологические варианты расстройств)
 - в) новые расстройства
 - г) удаление из предыдущей классификации
 - е) изменения в названиях.

Особенности МКБ-11 и DSM-V, объясняющие линейный характер классификаций:

- расстройства группируются в схожие кластеры на основе общей патофизиологии, генетики, риска развития болезни и других данных, полученных из исследований по нейронаукам и клиническим дисциплинам;
- внутри диагностических категорий группирование расстройств в большей мере осуществляется на основе достижений нейронаук, чем на психопатологии;
- использование «валидаторов» («признаков») привело к описанию групп расстройств или спектров, а не индивидуальных категориальных диагнозов;
- общий полиморфизм генов между болезнями психического развития (РАС, СДВГ), шизофренией, биполярным и депрессивным расстройством обусловило размещение этих расстройств в трех (четыре в DSM-V) первых главах классификаций;
- произведено выделение более широких кластеров расстройств на основании кли-

нической схожести или сходных преморбидных характерологических особенностей (расстройства интернализации – депрессии, тревога, ОКР, ПТСР, диссоциативные расстройства; расстройства эктернализации – агрессивные, импульсивные и поведенческие расстройства, ПАВ).

Особенностями МКБ-11 и DSM-V в онтогенетическом контексте являются следующие:

- удалена отдельная группа расстройств, возникающих преимущественно в детском возрасте;

- нарушения нейроразвития включают рубрики МКБ-10 Расстройство психического развития и Расстройство интеллектуального развития;

- все расстройства, представленные в МКБ-11, рассматриваются с учетом возрастных особенностей, в клинических указаниях

описываются их проявления как у детей и подростков, так и у пожилых.

Классификационные коды и диагностические рубрики МКБ-11 представлены в таблице 2. Необходимо отметить, что начавшийся перевод опубликованной на сайте WHO версии ICD-11, является предварительным и, на наш взгляд, неточным, что позволяет надеяться на уточнение, верификацию и культуральную адаптацию варианта МКБ-11, который будет использоваться в практическом здравоохранении.

Нарушения психического развития (Расстройство нейроразвития в DSM-V). Данный раздел выделен взамен рубрик F7 Умственная отсталость, F8 Нарушения психологического развития и F9 Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте МКБ-10.

Таблица 2

Классификационные коды и диагностические рубрики МКБ-11

Коды	Группы
06	Психические и поведенческие расстройства
6A0(X)	Нарушения психического развития
6A2(X)	Шизофрения и другие преимущественно психотические расстройства
6A4 (X)	Кататония
6A8(X), 6A9(X), 6B00.X	Аффективные расстройства
6B2(X)	Тревожные и связанные со страхом расстройства
6B4(X)	Обсессивно-компульсивные и сходные с ними расстройства
6B6(X)	Расстройства, связанные со стрессом
6B8(X)	Диссоциативные расстройства
6C0(X)	Расстройства питания и пищевого поведения
6C2(X)	Расстройства физиологических отклонений
6C4(X)	Болезни телесного дистресса или телесного переживания
6C6(X), 6C7(X)	Расстройства, обусловленные употреблением ПАВ или аддиктивным поведением
6C9(X)	Нарушения импульсного контроля
6C10(X)	Нарушения поведения и диссоциальные расстройства
6D10(X), 6D11(X)	Расстройства личности или связанные с ними черты
6D3(X)	Парафилии
6D5(X)	Симулятивные расстройства
6D7(X), 6D8(X)	Нейрокогнитивные расстройства
6E2(X)	Психические и поведенческие расстройства, связанные с беременностью, родами, послеродовым периодом
6E4(X)	Психологические и поведенческие факторы, влияющие на расстройства и заболевания, классифицированные в других рубриках
6E6(X)	Вторичные психические и поведенческие нарушения, связанные с расстройствами и заболеваниями, классифицированными в других рубриках
6F2Y	Другие уточненные психические и поведенческие расстройства
6F2Z	Психические и поведенческие расстройства, неуточненные

Данная рубрика включает следующие категории:

6A00 Нарушения интеллектуального развития;

6A01 Нарушения развития речи и языка;

6A02 Расстройства аутистического спектра (РАС);

6A03 Расстройства развития учебных навыков;

6A04 Расстройства развития моторной функции;

6A05 Хронические моторные тики (исключая синдром Туретта и хронические вокальные тики, отнесенные к разделу 8A);

6A06 Синдром дефицита внимания и гиперактивности;

6A07 Стереотипные двигательные расстройства.

Группа расстройств «Нарушения психического развития» сформирована из диагностических категорий на основании представлений об их общих нейробиологических особенностях [11]. Эти заболевания, согласно данным современных нейровизуализационных исследований мозга, характеризуются задержкой или отклонениями в развитии мозга, влияющими на клинический фенотип, например СДВГ, расстройства формирования школьных навыков, интеллектуальная недостаточность и РАС.

- Термин «умственная отсталость» заменен на менее стигматизирующий «нарушение интеллектуального развития» [12, 13] с выделением легкой, умеренной, тяжелой, глубокой тяжести расстройства, а также категории временное нарушение интеллектуального развития. Предполагается, что вслед за DSM-V тяжесть расстройства будет определяться не по IQ, а по уровню адаптивного функционирования.

- Категория, связанная с нарушением развития речи, претерпела значительное упрощение с выделением речевых расстройств двух видов (нарушение развития звуков речи и нарушение развития беглости речи), а также с выделением категорий, связанных с нарушением развития языка (связанные с нарушением восприимчивости, выразительности и прагматичности языка).

- Категория «Расстройства аутистического спектра» появляется взамен диагнозов детского аутизма, атипичного аутизма, синдрома Ретта, дезинтегративного расстройства детского возраста, синдрома Аспергера и

неуточненного общего расстройства развития – все они прекращают свое существование в качестве самостоятельных диагнозов, так как не удалось собрать надежных данных, доказывающих необходимость дальнейшего разделения данных расстройств [14]. Введены диагностические категории расстройства аутистического спектра с уточнением «с/без нарушения интеллектуального развития», «с/без нарушения функционального языка» или «с отсутствием функционального языка».

- Диагностическая категория «Гиперкинетические расстройства» приведена в соответствие с общепризнанным синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), предполагается, что, как и в DSM-V, увеличится возраст возможного начала (до 12 лет) [15] и будут несколько уточнены диагностические критерии.

- СДВГ и РАС отнесены в одну диагностическую рубрику, поскольку рассматриваются как единый спектр расстройств, связанных с нарушением развития ЦНС: СДВГ – нарушение нейроразвития лобных отделов мозга и мезокортикальных трактов, РАС – мозга в целом [16].

- Помимо этого, было высказано мнение, что СДВГ правильнее рассматривать как нарушение контроля над побуждениями и импульсивными формами поведения, а не как расстройство из кластера нарушений поведения, несмотря на некоторое сходство наблюдающейся симптоматики [17].

- Расстройства обучения и двигательные расстройства организованы в данной главе не так, как в МКБ-10, и отчасти объединены.

- Онтогенетический аспект МКБ-11, как и DSM-V, позволяет рассматривать все представленные в классификациях расстройства с учетом возрастных особенностей. Например, в DSM-V в клинических указаниях в диагностических рубриках «Агрессивные состояния, импульсивные и поведенческие расстройства», «Депрессивные расстройства», «Связанные с психическими травмами и стрессами расстройства» описываются проявления данных нарушений у детей и подростков.

Шизофрения и другие преимущественно психотические расстройства (Расстройства шизофренического спектра и иные психотические расстройства в DSM-V). В DSM-V имеются довольно революционные перемены касательно шизофрении [18], точнее, расстройств шизофренического спектра,

которые представлены группой психических состояний с чётким набором диагностических критериев, общих с шизофренией, и имеют на уровне механизма или этиологии расстройства. Эти расстройства объединены на основе общих генетических дефектов, вызывающих восприимчивость к травмирующим факторам, причем вероятно, что они представляют разные проявления лежащей в их основе базовой уязвимости [19-21]. Основные различия, по сравнению с DSM-IV и МКБ-10, касаются критериев продолжительности шизофреноподобной симптоматики в клинике расстройства, на которой и строится часть дифференциальной диагностики: острое психотическое расстройство – до 3 мес., шизофрения – от 6 мес. При этом высказывается мнение, что предлагаемые периоды оценки длительности симптоматики в DSM-V, как правило, не имеют под собой какого-либо научного обоснования, но будут использованы в МКБ-11 [22-24]. В МКБ-11 данная рубрика включает следующие диагностические коды:

6A20 Шизофрения;

6A21 Шизоаффективное расстройство;

6A22 Шизотипическое расстройство;

6A23 Острые и транзиторные психотические расстройства;

6A24 Бредовое расстройство;

6A25 Дескрипторы симптомов при первичных психотических расстройствах.

- Нет разграничения форм шизофрении. Несмотря на то, что формы шизофрении активно используются в повседневной диагностике врачами-психиатрами во всем мире, многими исследователями и ранее многократно подчёркивалось, что выделение различных форм шизофрении нецелесообразно ввиду низкой надёжности данных диагнозов и незначительной прогностической ценности [22]. Так, обзор 24 публикаций, выполненных на основе 28 когорт пациентов, не подтвердил концепцию наличия субтипов шизофрении. Авторам не удалось найти различий в особенностях течения и реакции на терапию антипсихотиками у больных с различными формами шизофрении [25].

- Ожидается, что как и в DSM-V, будет нивелирована диагностическая роль симптомов первого ранга по К. Шнайдеру с достаточностью выделения для постановки диагноза шизофрении одного ядерного симптома (бред, галлюцинации, нарушения мышления, ощущение воздействия, пассивность или кон-

троль). Будет выделено пять компонентов негативной симптоматики (притупленный аффект, алогия, ангедония, асоциальность и абулия, возможно, как и в DSM-V, они будут разделены на две группы (первая - притупленный аффект и алогия, вторая группа - ангедония, асоциальность и абулия), при этом возможно введение критерия первичности (первичные проявления и проявления, вызванные эффектами от лекарственного препарата, психотическими симптомами или депрессией).

- Отсутствует критерий преобладающего аффекта при шизоаффективном расстройстве, которое рассматривается как временное (одновременное) совпадение признаков шизофрении и расстройства настроения для исключения из диагностики случаев с чередованием последующих признаков шизофрении и эпизодов нарушенного настроения без четкого клинического временного перекрытия.

- Для шизофрении, и шизоаффективного расстройства введены диагностические категории первого эпизода, множественных эпизодов и категория непрерывного расстройства, а также критерий остроты процесса (симптоматическая, частичная ремиссия, полная ремиссия).

- Диагностическая категория «Острые и транзиторные психотические расстройства» выделяет одиночный и множественные эпизоды также с выделением критерия остроты процесса (симптоматическая, частичная ремиссия, полная ремиссия).

- Для первичных психотических расстройств вводятся обязательные дополнительные коды из диагностической категории 6A25 Дескрипторы симптомов при первичных психотических расстройствах, включающие положительные, негативные, депрессивные, маниакальные, психомоторные и когнитивные симптомы.

- Критерий остроты процесса (симптоматический, частичная ремиссия, полная ремиссия) является обязательным и для бредового расстройства [26, 27].

Выделенная отдельно диагностическая рубрика **Кататония** включает кататонию, связанную с другим психическим расстройством (код 6A40 может проставляться как смежный диагноз (уточняющий показатель) при депрессивном, биполярном и психотическом расстройствах), а также кататонию, вызванную психоактивными веществами, включая лекарства. То есть, кататония не

рассматривается как отдельное заболевание, а является вторичным состоянием по отношению к некоторым психическим (расстройства шизофренического спектра, биполярное и депрессивное расстройства) и соматическим расстройствам (аутоиммунные заболевания, церебральный дефицит фолатов, кислородное голодание и т.д.) [28].

Аффективные расстройства. Количество диагнозов в данной диагностической рубрике значительно увеличено по сравнению с МКБ-11, но, в отличие от DSM-V, включает диагностические категории «Биполярное аффективное расстройство», «Депрессивные расстройства» и «Вторичные расстройства настроения». В американской классификации биполярное расстройство вынесено из рубрики аффективных расстройств в силу того, что данные нейробиологических исследований свидетельствуют в пользу общности нейрокоррелятов шизофрении и биполярного расстройства. Нередки случаи полиморфного течения болезни, когда вслед за чисто аффективным эпизодом развивается эпизод с преобладанием шизофренической симптоматики [29]. В генетических исследованиях выявлены гены, полиморфизм которых характерен и для биполярного расстройства, и для шизофрении [30, 31]. Возможно, на проявление отдельных симптомов или целого психического заболевания влияет целый ряд генов риска. Трудность выявления генов, предрасполагающих к развитию комплексных психиатрических заболеваний, таких как биполярное расстройство и шизофрения, отчасти обусловлены неоднородностью фенотипов заболеваний в нозологических классификациях. Поэтому в настоящее время предпринимаются попытки выявления нейробиологических основ отдельных компонентов (эндофенотипов) этих заболеваний. Выявлены определенные нейрофизиологические эндофенотипы, предрасполагающие равным образом к развитию шизофрении и биполярному расстройству [32, 33], но не к депрессии. При первых двух заболеваниях обнаружены структурные изменения, которые выявляются как во всем объеме мозга, так и отдельно в

префронтальной коре [34]. Волюметрические исследования разных отделов головного мозга, которые проводились, например, в области ножки шишковидного тела [35], показали взаимосвязь изменений не с отдельным клиническим диагнозом, а с симптомами, симптомокомплексами или эндофенотипами. На примере разделения рубрики «Аффективные расстройства» с линейным приближением биполярного расстройства к расстройствам шизофренического спектра и выделением депрессивных расстройств в отдельную рубрику DSM-V как естественнонаучная классификация идет по пути реализации идеи ассоциации **клинических симптомокомплексов, а не диагнозов, с нейробиологическими коррелятами.** МКБ-11 не рассматривает данные, использованные разработчиками разделов DSM-V, посвященных аффективной патологии, как убедительные, сохраняя аналогичную МКБ-10, но усложненную и детализированную рубрику «Аффективные расстройства».

- Введено, как и в DSM, понятие Биполярного расстройства I и II типа

- Тяжесть депрессивного эпизода определяется путем определения мягкой, умеренной или тяжелой степени с сохранением индикаторов психотических симптомов, в т.ч. для умеренного эпизода

- Тип течения определяется как острое состояние, полная или частичная ремиссия.

- Введены спецификаторы для меланхолии, тревоги, сезонных паттернов и начала в послеродовом периоде.

- Циклотимия отнесена к биполярному аффективному расстройству, дистимия – к депрессивному расстройству.

Объем журнальной статьи не позволяет дать обзор всем разделам будущих классификаций. Вторая часть обзора будет посвящена анализу изменений, касающихся диагностики невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств, расстройств личности и поведенческих нарушений, психических расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, парафилий и нейрокогнитивных нарушений.

Ряполова Т.Л.

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

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

Первая 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). Показаны организационные различия между классификациями на фоне их гармонизации и разработки общей классификационной структуры («метаструктуры»). Приведены преимущества и недостатки действующей в настоящий момент МКБ-10, а также изменения, внесенные новыми диагностическими подходами. Основные особенности классификаций представлены в методическом, линейном и онтогенетическом аспектах. Подчеркивается, что в новых классификациях расстройства группируются в схожие кластеры на основе общей патофизиологии, генетики, риска развития болезни и других данных, полученных из исследований по нейронаукам и клиническим дисциплинам с использованием принципов доказательной медицины и дименсионального подхода. На основании данных литературы освещены основные характеристики диагностических рубрик DSM-V и МКБ-11 касательно нарушений психологического развития, расстройств шизофренического спектра, аффективных и тревожных расстройств, а также некоторые методические подходы к их использованию.

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 I)

State Educational Organization of Higher Professional Education
state educational institution of higher professional education
«M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR

The first part of the literature review, devoted to method and methodological problems of 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 of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders of the 5th revision (DSM-V) and the section «Mental and Behavioral Disorders» adopted in June 2018 International Classification of Diseases of the 11th revision (ICD-11). Organizational differences between classifications are shown against their harmonization and the development of a general classification structure («metastructure»). Advantages and disadvantages of the current ICD-10 are presented, as well as changes introduced by new diagnostic approaches. The main features of classifications are presented in the methodical, linear and ontogenetic aspects. It is emphasized that in the new classifications the disorders are grouped into similar clusters on the basis of general pathophysiology, genetics, the risk of developing the disease and other data obtained from studies on neurosciences and clinical disciplines using the principles of evidence-based medicine and the dimensional approach. Based on the literature data, the main characteristics of DSM-V and ICD-11 diagnostic headings regarding psychological development disorders, schizophrenic spectrum disorders, affective and anxiety disorders, as well as some methodological approaches to their use are highlighted.

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

Литература

1. Меззич Х., Салоум И. К вопросу об усовершенствованных классификационных и диагностических системах: МКБ-11 и личностно-ориентированный интегративный диагноз. Независимый психиатрический журнал. 2007; 3: 11-20.
2. Корень Е.В., Куприянова Т.А. Классификация в детской психиатрии в перспективе принятия МКБ-11. Социальная и клиническая психиатрия. 2014; 24 (2): 37-43.
3. Рид Дж.М., Краснов В.Н., Кулыгина М.А. Подготовка МКБ-11: основные задачи, принципы и этапы пересмотра классификации психических и поведенческих расстройств. Социальная и клиническая психиатрия. 2013; 23 (4): 56-61.
4. Савенко Ю.С. Навстречу МКБ-11. Независимый психиатрический журнал. 2008; 3: 8-11.
5. Sartorius N. A new series of articles in European Psychiatric deality with the development of classification of mental disorders in the 11 version of the ICD. Eur Psychiatry. 2008; 23 (7): 468.
6. Тиганов А.С. Современная классификация и вопросы клинической психиатрии. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2015; 115(3): 122-124.
7. First M.B., Pincus H.A. Classification in psychiatry: ICD-10 vs. DSM-IV. A response. Br. J. Psychiatry. 1999; 175: 205-209.
8. Andrews G., Slade T., Peters L. Classification in psychiatry: ICD-10 versus DSM-IV. Br. J. Psychiatry. 1999; 174: 3-5.
9. Regier D.A., Kuhl E.A., Kupfer D.J. DSM-5: Классификация и изменения критериев. Мировая психиатрия. 2013; 2: 88-94.
10. De Man J. De DSM-5 in 1 oogopslag. De Psychiater. 2013; 5: 8-10.
11. Rutter M., Kim-Cohen J., Maughan B. Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. J. Child. Psychol. Psychiatry. 2006; 47: 276-295.
12. Bertelli M.O., Munir K., Harris J., Salvador-Carulla L. «Intellectual developmental disorders»: reflections on the international consensus document for redefining «mental retardation-intellectual disability» in ICD-11. Adv. Ment. Health Intellect. Disabil. 2016; 10: 36-58.
13. Salvador-Carulla L., Reed G.N., Vaez-Azizi L.M. et al. Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and framework for «mental retardation/intellectual disability» in ICD-11. World Psychiatry. 2011; 10: 175-180.
14. Lord C., Petkova E., Hus V. et al. A multisite study of the clinical diagnosis of different autism spectrum disorders. Arch. Gen. Psychiatry. 2012; 69: 306-313.
15. Kieling C., Kieling R.R., Rohde L.A. et al. The age at onset of attention deficit hyperactivity disorder. Am. J. Psychiatry. 2010; 167: 14-16.
16. Gargaro B.A., Rinehart N.J., Bradshaw J.L., Tonge B.J., Sheppard D.M. Autism and ADHD: how far have we come in the comorbidity debate? Neurosci. Biobehav. Rev. 2011; 35(5): 1081-1088.
17. Andrews G., Pine D.S., Hobbs M.J., Anderson T.M., Sunderland M. Neurodevelopmental disorders: cluster 2 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. Psychol. Med. 2009; 39(12): 2013-2023.
18. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. (DSM-5). Am Psychiat Association. Washington. 2013.
19. Davies E.J. Developmental aspects of schizophrenia and related disorders: possible implications for treatment strategies. Advances In Psychiatric Treatment. 2007; 13: 384-391.
20. Maier W., Falkai P., Wagner M. Schizophrenia spectrum disorders: a review. В кн.: Maj M., Sartorius N., eds. Schizophrenia. NY: Wiley; 1999: 311-371.
21. Negro J.E. M., Ibanez-Casas I., De Portugal E., Ballesteros J.C. A Dimensional Redefinition of the Schizophrenia Spectrum: Delusional Disorder Versus Schizophrenia Versus Schizoaffective Disorder. European Psychiatry. 2015; 30 (1): 898.
22. Шмуклер А.Б. Современные подходы к диагностике шизофрении и расстройств шизофренического спектра (концепция DSM-5). Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2013; 05: 43-51.
23. Moller H.-J. Development of DSM-V and ICD-11: Tendencies and potential of new classifications in psychiatry at the current state of knowledge. Psychiat. Clin. Neurosci. 2009; 63: 595-612.
24. Maj M. The DSM-5 approach to psychotic disorders. Is it possible to overcome the «inherent conservative bias»? Schizophr. Res. 2013; 150 (1): 38-39.
25. Linscott R. J., Allardyce J., van Os J. Seeking verisimilitude in a class: A systematic review of evidence that the criterial clinical symptoms of schizophrenia are taxonic. Schizophrenia Bulletin. 2010; 36(4): 811-829.
26. Gaebel W., Zielasek J., Cleveland H.R. Classifying psychosis-challenges and opportunities. Int. Rev. Psychiatr. 2012; 24: 538-548.
27. Gaebel W., Zielasek J. Schizophrenia in 2020: Trends in diagnosis and therapy. Eur. Arch. Psych. Clin. N. 2015; 69: 661-673.
28. Tandon R., Heckers S., Bustillo J. et al. Catatonia in DSM-5. Schizophr. Res. 2013; 150(1): 26-30.
29. Marneros A., Roettig S., Roettig D. et al. The longitudinal polymorphism of bipolar I disorders and its theoretical implications.

References

1. Mezzich Kh., Saloum I. K voprosu ob usovershenstvovannykh klassifikatsionnykh i diagnosticheskikh sistemakh: MKB-11 i lichnostno-orientirovannyi integrativnyi diagnoz. Nezavisimyy psikhiatricheskii zhurnal. 2007; 3: 11-20 (in Russian).
2. Koren' E.V., Kupriyanova T.A. Klassifikatsiya v detskoj psikhiiatrii v perspektive prinyatiya MKB-11. Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya. 2014; 24 (2): 37-43 (in Russian).
3. Rid Dzh.M., Krasnov V.N., Kulygina M.A. Podgotovka MKB-11: osnovnye zadachi, printsipy i etapy peresmotra klassifikatsii psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroystv. Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya. 2013; 23 (4): 56-61 (in Russian).
4. Savenko Yu.S. Navstrechu MKB-11. Nezavisimyy psikhiatricheskii zhurnal. 2008; 3: 8-11 (in Russian).
5. Sartorius N. A new series of articles in European Psychiatric deality with the development of classification of mental disorders in the 11 version of the ICD. Eur Psychiatry. 2008; 23 (7): 468.
6. Tiganov A.S. Sovremennaya klassifikatsiya i voprosy klinicheskoi psikhiiatrii. Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii im. S.S. Korsakova. 2015; 115(3): 122-124 (in Russian).
7. First M.B., Pincus H.A. Classification in psychiatry: ICD-10 vs. DSM-IV. A response. Br. J. Psychiatry. 1999; 175: 205-209.
8. Andrews G., Slade T., Peters L. Classification in psychiatry: ICD-10 versus DSM-IV. Br. J. Psychiatry. 1999; 174: 3-5.
9. Regier D.A., Kuhl E.A., Kupfer D.J. DSM-5: Klassifikatsiya i izmeneniya kriteriev. Mirovaya psikhiiatriya. 2013; 2: 88-94.
10. De Man J. De DSM-5 in 1 oogopslag. De Psychiater. 2013; 5: 8-10.
11. Rutter M., Kim-Cohen J., Maughan B. Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. J. Child. Psychol. Psychiatry. 2006; 47: 276-295.
12. Bertelli M.O., Munir K., Harris J., Salvador-Carulla L. «Intellectual developmental disorders»: reflections on the international consensus document for redefining «mental retardation-intellectual disability» in ICD-11. Adv. Ment. Health Intellect. Disabil. 2016; 10: 36-58.
13. Salvador-Carulla L., Reed G.N., Vaez-Azizi L.M. et al. Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and framework for «mental retardation/intellectual disability» in ICD-11. World Psychiatry. 2011; 10: 175-180.
14. Lord C., Petkova E., Hus V. et al. A multisite study of the clinical diagnosis of different autism spectrum disorders. Arch. Gen. Psychiatry. 2012; 69: 306-313.
15. Kieling C., Kieling R.R., Rohde L.A. et al. The age at onset of attention deficit hyperactivity disorder. Am. J. Psychiatry. 2010; 167: 14-16.
16. Gargaro B.A., Rinehart N.J., Bradshaw J.L., Tonge B.J., Sheppard D.M. Autism and ADHD: how far have we come in the comorbidity debate? Neurosci. Biobehav. Rev. 2011; 35(5): 1081-1088.
17. Andrews G., Pine D.S., Hobbs M.J., Anderson T.M., Sunderland M. Neurodevelopmental disorders: cluster 2 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. Psychol. Med. 2009; 39(12): 2013-2023.
18. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. (DSM-5). Am Psychiat Association. Washington. 2013.
19. Davies E.J. Developmental aspects of schizophrenia and related disorders: possible implications for treatment strategies. Advances In Psychiatric Treatment. 2007; 13: 384-391.
20. Maier W., Falkai P., Wagner M. Schizophrenia spectrum disorders: a review. В кн.: Maj M., Sartorius N., eds. Schizophrenia. NY: Wiley; 1999: 311-371.
21. Negro J.E. M., Ibanez-Casas I., De Portugal E., Ballesteros J.C. A Dimensional Redefinition of the Schizophrenia Spectrum: Delusional Disorder Versus Schizophrenia Versus Schizoaffective Disorder. European Psychiatry. 2015; 30 (1): 898.
22. Шмуклер А.Б. Современные подходы к диагностике шизофрении и расстройств шизофренического спектра (концепция DSM-5). Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2013; 05: 43-51.
23. Moller H.-J. Development of DSM-V and ICD-11: Tendencies and potential of new classifications in psychiatry at the current state of knowledge. Psychiat. Clin. Neurosci. 2009; 63: 595-612.
24. Maj M. The DSM-5 approach to psychotic disorders. Is it possible to overcome the «inherent conservative bias»? Schizophr. Res. 2013; 150 (1): 38-39.
25. Linscott R. J., Allardyce J., van Os J. Seeking verisimilitude in a class: A systematic review of evidence that the criterial clinical symptoms of schizophrenia are taxonic. Schizophrenia Bulletin. 2010; 36(4): 811-829.
26. Gaebel W., Zielasek J., Cleveland H.R. Classifying psychosis-challenges and opportunities. Int. Rev. Psychiatr. 2012; 24: 538-548.
27. Gaebel W., Zielasek J. Schizophrenia in 2020: Trends in diagnosis and therapy. Eur. Arch. Psych. Clin. N. 2015; 69: 661-673.
28. Tandon R., Heckers S., Bustillo J. et al. Catatonia in DSM-5. Schizophr. Res. 2013; 150(1): 26-30.
29. Marneros A., Roettig S., Roettig D. et al. The longitudinal

J. Affect. Disord. 2008; 107: 117–126.

30. Doherty J.L., Owen M.J. Genomic insights into the overlap between psychiatric disorders: implications for research and clinical practice. *Genome Med.* 2014; 6: 29.

31. Gatt J.M. et al. Specific and common genes implicated across major mental disorders: A review of meta-analysis studies. *J. Psychiatr. Res.* 2014; 60C: 1–13.

32. Zobel A., Maier W. Endophenotypen – ein neues Konzept zur biologischen Charakterisierung psychischer Störungen. *Nervenarzt.* 2004; 75: 205–214.

33. Thaker G.K. Neurophysiological endophenotypes across bipolar and schizophrenia psychosis. *Schizophr. Bull.* 2008; 34: 760–773.

34. Arnone D. et al. Magnetic resonance imaging studies in bipolar disorder and schizophrenia: meta-analysis. *Br. J. Psychiatry.* 2009; 195: 194–201.

35. Ranft K. et al. Evidence for structural abnormalities of the human habenular complex in affective disorders but not in schizophrenia. *Psychol. Med.* 2010; 40: 557–567.

polymorphism of bipolar I disorders and its theoretical implications. *J. Affect. Disord.* 2008; 107: 117–126.

30. Doherty J.L., Owen M.J. Genomic insights into the overlap between psychiatric disorders: implications for research and clinical practice. *Genome Med.* 2014; 6: 29.

31. Gatt J.M. et al. Specific and common genes implicated across major mental disorders: A review of meta-analysis studies. *J. Psychiatr. Res.* 2014; 60C: 1–13.

32. Zobel A., Maier W. Endophenotypen – ein neues Konzept zur biologischen Charakterisierung psychischer Störungen. *Nervenarzt.* 2004; 75: 205–214.

33. Thaker G.K. Neurophysiological endophenotypes across bipolar and schizophrenia psychosis. *Schizophr. Bull.* 2008; 34: 760–773.

34. Arnone D. et al. Magnetic resonance imaging studies in bipolar disorder and schizophrenia: meta-analysis. *Br. J. Psychiatry.* 2009; 195: 194–201.

35. Ranft K. et al. Evidence for structural abnormalities of the human habenular complex in affective disorders but not in schizophrenia. *Psychol. Med.* 2010; 40: 557–567.

Поступила в редакцию 25.06.2018