



УДК: 616.89-008

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb109313>

## МКБ-11: рутинный диагностический инструмент без сияния классической психопатологии прошлого

Ю.П. Сиволап<sup>1</sup>, А.А. Портнова<sup>2</sup><sup>1</sup>Российский университет дружбы народов, Москва, Россия<sup>2</sup>Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского, Москва, Россия*Автор, ответственный за переписку:* Юрий Павлович Сиволап, [yura-sivolap@yandex.ru](mailto:yura-sivolap@yandex.ru)

### АННОТАЦИЯ

Психиатрический раздел МКБ-11 служит предметом критики как в мировом, так и в российском психиатрическом сообществе. Российские психиатры находят в МКБ-11 такие недостатки, как излишняя простота изложения, отсутствие углублённой психопатологии и необоснованное выведение гендерной дисфории из перечня нарушений психики, поведения и развития нервной системы. Авторы настоящей статьи склонны рассматривать отмеченные особенности новой версии МКБ скорее в качестве достоинств, чем недостатков, и считают её далеко не идеальным и во многом уступающим DSM-5, но вполне пригодным для психиатрической практики диагностическим инструментом.

**Ключевые слова:** МКБ-11, DSM-5, шизофрения, гендерная дисфория, нарушения развития нервной системы, расстройства сна.

### Для цитирования:

Сиволап Ю.П., Портнова А.А. МКБ-11: рутинный диагностический инструмент без сияния классической психопатологии прошлого // Неврологический вестник. 2022. Т. LIV. Вып. 3. С. 96–101. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb109313>.

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb109313>

## **ICD-11: Routine diagnostic tool without the splendor of classical psychopathology of the past**

Yury P. Sivolap<sup>1</sup>, Anna A. Portnova<sup>2</sup>

<sup>1</sup>RUDN University, Moscow, Russia

<sup>2</sup>The Serbsky State Scientific Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow, Russia

*Corresponding author:* Yury P. Sivolap, [yura-sivolap@yandex.ru](mailto:yura-sivolap@yandex.ru)

### **ABSTRACT**

The psychiatric section of ICD-11 is the subject of criticism both in the world and in the Russian psychiatric community. Russian psychiatrists find such shortcomings in the ICD-11 as excessive simplicity of presentation, lack of in-depth psychopathology, unjustified removal of gender dysphoria from the list of mental, behavioral and neurodevelopmental disorders. The authors of this article tend to consider the noted features of the new version of the ICD as advantages rather than disadvantages, and regard it far from ideal and in many ways inferior to the DSM-5, but quite suitable for the psychiatric practice diagnostic tool.

**Keywords:** *ICD-11; DSM-5; schizophrenia; gender dysphoria; neurodevelopmental disorders; sleep disorders.*

### **For citation:**

Sivolap YP, Portnova AA. ICD-11: Routine diagnostic tool without the splendor of classical psychopathology of the past. *Neurology Bulletin*. 2022;LIV(3):96–101. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb109313>.

Шестой (06), психиатрический раздел 11-й редакции Международной классификации болезней (МКБ-11) [1], озаглавленный как «Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders» («Расстройства психики, поведения или развития нервной системы»), вызвал неоднозначную реакцию специалистов как в мировом, так и в российском профессиональном сообществе.

Некоторые российские психиатры пеняют шестому разделу новой редакции МКБ на то, что его текст подготовлен психологами, а не врачами, но это едва ли можно признать соответствующим действительности: все без исключения диагностические рубрики в течение нескольких лет выносились на обсуждение специалистов в области психиатрии во всех странах, поддерживающих Всемирную организацию здравоохранения (ВОЗ), включая Российскую Федерацию, и утверждались на основе оценок этих специалистов. Критики МКБ-11 утверждают, что она написана слишком простым, ненаучным языком.

В противовес этому мы считаем, что, с одной стороны, терминологическая простота нового диагностического классификатора преувеличена, а с другой стороны, постижимость используемой лексики для неподготовленного читателя служит скорее достоинством, нежели недостатком любого важного международного документа, призванного служить общественному благу.

Не вызывает сомнения, что систематика и критерии диагностики болезней должны основываться на серьёзном научном фундаменте, в первую очередь на данных многочисленных исследований надлежащего качества, но простота языка международной (равно как национальной) классификации является условием доступности любого официального документа для понимания конечными потребителями медицинских услуг, то есть пациентами, их родственниками и другими людьми, представляющими их интересы.

Примечательной иллюстрацией мировой тенденции приближения медицинской лексики и систематики болезней к потребностям пациентов и людей, представляющих их интересы, служат данные исследования, проведённого в Мехико сотрудниками Национального института психиатрии совместно с коллегами из Франции. В начале статьи, посвящённой оценке раздела МКБ-11 о шизофрении, авторы указывают на серьёзные трудности, возникающие в общении между врачами, пациентами и ухаживающими за ними лицами в связи с диагностикой шизо-

френии и препятствующие достижению терапевтического альянса, приверженности лечению и реабилитации. Одна из главных целей изменения медицинской терминологии, по мнению авторов (которое мы разделяем), — улучшение понимания между конечными пользователями психиатрической помощи.

Пятнадцать интервью с пациентами, которым был поставлен диагноз шизофрении, и ухаживающими за ними людьми показали, что наиболее доступными для понимания терминами МКБ-11 были те, что обозначали симптомы, с которыми чаще всего сталкивались пациенты, например бред и галлюцинации, тогда как многие другие признаки болезни оставались непонятными для большинства опрошенных. Некоторые термины имели отчётливые негативные коннотации как для пациентов, так и для людей, осуществляющих уход, включая сам по себе стигматизирующий диагноз шизофрении.

Участники опросов высказали пожелание, чтобы некоторые сложные для понимания термины, сбивающие потребителей психиатрической помощи с толку или неприемлемые для них, были заменены на более нейтральные и близкие к разговорной речи [2].

Что касается отсутствия психопатологии в официальном документе ВОЗ, то мы считаем, что, как и любой рутинный инструмент диагностики и статистики, МКБ-11 не должна содержать психопатологического анализа. Углублённая психопатология составляет особый и достаточно отвлечённый предмет традиционной теоретической психиатрии и не соответствует практическому предназначению МКБ. Задача повседневно применяемого диагностического инструмента — облегчение объективированной квалификации расстройства на основе унифицированных формализованных признаков и возможность использования полученных данных в любом регионе мира. Попытки «насыщения» диагностического классификатора психопатологическими построениями, не имеющими практического значения для оказания медицинской помощи, могут привести лишь к ненужному утяжелению документа и затруднению работы практических врачей, большинство из которых и без того испытывают значительную рабочую перегрузку и нехватку времени для оказания помощи пациентам.

Современные национальные и международные клинические рекомендации по лечению монополярной депрессии, биполярного расстройства,

шизофрении, деменции альцгеймеровского типа и других психических нарушений предполагают применение терапевтических протоколов, разработанных с учётом результатов современных контролируемых исследований с высоким уровнем доказательности.

Очевидно, что, к примеру, лечение монополярной (но не биполярной) депрессии в умеренных и средних случаях следует начинать с антидепрессантов первой линии и по возможности ими ограничиваться, избегая необоснованной полипрагмазии. Недостаточный терапевтический ответ обычно становится основанием для присоединения второго (аугментирующего) антидепрессанта, антипсихотика либо стабилизатора настроения, а также применения средств биологической терапии. Ещё одно показание для добавления антипсихотика к антидепрессанту — психотические симптомы в структуре депрессивного расстройства<sup>1</sup>. Деперсонализация и апатические проявления нередко рассматриваются в качестве возможного маркера терапевтической резистентности депрессии и нередко требуют изменения терапевтической тактики.

Перечисленные (как и некоторые другие) факторы следует обязательно принимать во внимание при лечении пациентов с депрессией, тогда как ценность использования сложной систематики депрессивных состояний с выделением множественных психопатологических форм депрессивного синдрома — иными словами психопатология ради психопатологии — вызывает большие сомнения с точки зрения практической пользы, терапевтических задач и блага пациента.

Основную роль в принятии терапевтического решения играют такие факторы, как фармакологический профиль, эффективность и безопасность лекарственного средства, вероятность достижения ожидаемого результата, соотношение предполагаемых достижений и рисков осложнений терапии. Эти факторы, в первую очередь, оценивают на основе современных научных данных (рандомизированных контролируемых исследований, систематических обзоров и мета-анализов), а также, что весьма немаловажно, личного профессионального опыта врача.

Мы полностью разделяем неоднократно высказывавшееся мнение профессора В.Д. Менделевича [3] о том, что выбор тактики фармакологического лечения или психотерапии, в первую очередь, определяется конкретными симптомами, обнаруживаемыми у пациента, и лишь во

вторую — нозологическим диагнозом, который нередко бывает небесспорным. Умозрительные психопатологические категории, такие как психопатологические регистры, синдромотаксис и синдромокинез, способны послужить предметом академических дискуссий, но едва ли способны помочь в рутинной практике лечения пациентов с психическими расстройствами.

Психиатрия, как и любая медицина, должна, в первую очередь, служить интересам общества, во вторую — облегчать работу практического врача, лишь в третью — быть источником интеллектуальной отрады склонных к теоретическим построениям искушённых психопатологов.

Что касается небесспорной, на наш взгляд, потребности в национальной классификации психических расстройств, то на сегодняшний день существует лишь единственный заслуживающий внимания пример подобного рода — это принятая в США систематика DSM (с 2013 г. DSM-V<sup>2</sup>) [4]. DSM-V (как и её предыдущие версии) разработана и одобрена к практическому использованию Американской психиатрической ассоциацией (American Psychiatric Association) на основе многочисленных клинических исследований и обширных эпидемиологических обзоров, проведённых в течение многих лет в общенациональном масштабе и включавших десятки тысяч клинических наблюдений различных типов психических расстройств. DSM-V (как и её предшественники редакции) оказалась настолько удачной, что критерии этого сугубо национального, предназначенного для американской клинической практики диагностического инструмента используют многие исследователи в Европе и Азии.

Разработка аналогичной по качеству национальной психиатрической классификации в Российской Федерации возможна лишь на основе многолетних и весьма дорогостоящих обширных научных исследований, требующих участия большого количества высококвалифицированных специалистов. К сожалению, умозрительные психопатологические построения, описательные (дескриптивные) исследования, характерные для психиатрии прошлого, и апелляция к отече-

<sup>1</sup>Альтернативой данному подходу служит электросудорожная терапия.

<sup>2</sup>DSM-V (от англ. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) — Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам 5-го издания.

ственным научным традициям не в состоянии составить надёжной основы для создания валидного диагностического инструмента.

Перечень претензий к МКБ-11 включает необоснованное, по мнению ряда коллег, выведение гендерной дисфории<sup>3</sup> за пределы шестого, психиатрического раздела и включение его в семнадцатый раздел, касающийся сексуального здоровья (Conditions related to sexual health). Мы считаем данное решение, принятое на основе консенсуса экспертных мнений специалистов многих стран, в том числе Российской Федерации, вполне обоснованным.

Стремление человека к принятию пола, отличного от того, что зарегистрирован у него при рождении, само по себе не является проявлением психического расстройства. Безусловно, неадекватное представление об истинном биологическом поле может встречаться в структуре бредовых психозов — подобно тому, как одержимость кожными паразитами составляет фабулу дерматозойного бреда, однако существование последнего не даёт достаточных оснований для отнесения кожных болезней к сфере психиатрии.

Известно также, что гендерная дисфория характеризуется высокой психиатрической коморбидностью, но психиатрическая коморбидность не менее часто встречается, к примеру, при рассеянном склерозе или ишемической болезни сердца, что не может быть причиной для выведения данных заболеваний за пределы, соответственно, неврологии и кардиологии и их отнесения к категории психических расстройств.

Наиболее важным, по нашему мнению, является этическое обоснование принятого решения о выведении гендерной дисфории из шестого раздела МКБ-11: этот феномен не требует психиатрической помощи (если не считать уже упомянутых возможных коморбидных психических расстройств и нередко возникающей необходимости в психологической поддержке), при том что ярлык психической болезни способен лишь усугублять многочисленные психологические и социальные проблемы и без того весьма уязвимых индивидов, принявших решение об изменении пола.

По нашему мнению, систематика психических расстройств должна соответствовать следующим требованиям.

1. Отражение клинической реальности.

2. Сообразность между таксономической принадлежностью расстройства и его реакцией на фармакологическую терапию.

3. Ясность и лаконичность.

4. Дестигматизация профессионального лексикона.

5. Пригодность не только для врачей, но и для пользователей медицинских услуг.

Психиатрический раздел МКБ-11, хотя и остаётся далёким от идеала, всё же представляет собой значительный шаг вперёд в сравнении с соответствующей частью МКБ-10 и во многом соответствует приведённому перечню. Логично, что психиатрический раздел открывают расстройства развития нервной системы (neurodevelopmental disorders), включающие нарушения интеллектуального развития, нарушения речи, дефицит внимания с гиперактивностью, расстройства аутистического спектра и другие состояния. Чрезвычайно важной представляется замена стигматизирующего понятия умственной отсталости (mental retardation) в МКБ-10 значительно более нейтральным понятием нарушений интеллектуального развития (disorders of intellectual development) в МКБ-11.

Подобная терминологическая эволюция в значительной степени повышает приемлемость официальных профессиональных документов для конечных пользователей медицинских услуг, а именно пациентов и их окружения.

Примечательно, что в МКБ-11 уже не выделены синдромальные формы шизофрении, а кататония выведена в отдельную рубрику за пределы этого заболевания. Изменения представлений о психопатологической принадлежности кататонии Карла Кальбаума, некогда послужившей краеугольным камнем учения Эмиля Крепелина о преждевременном, или раннем, слабоумии (dementia praecox), обоснованы патоморфозом шизофрении, проявившимся практическим исчезновением её классической кататонической формы, наблюдением кататонических состояний не столько при шизофрении, сколько при других психических расстройствах (а также нервных и внутренних болезнях) и, — что, видимо, следует считать самым главным, — отсутствием в большинстве случаев наблюдающихся в наши дни кататонических симптомов реакции на антипсихотики.

Вполне обоснованным представляется решение о выделении в самостоятельный седьмой раздел МКБ-11 нарушений сна, в том числе бессонницы,

<sup>3</sup>В МКБ-11 этот феномен именуется гендерным несоответствием (gender incongruence).

гиперсомнии и синдрома ночного апноэ (обозначенных в тексте МКБ как *insomnia disorders*, *hypersomnolence disorders* и *obstructive sleep apnoea*). Очевидно, что нарушения сна представляют собой самостоятельную дисфункцию мозга, и на этом основании должны рассматриваться отдельно как от психических, так и от нервных болезней, сведённых в восьмой раздел МКБ-11. То обстоятельство, что бессонница может быть симптомом как первых, так и вторых либо сопутствовать тем и другим в качестве коморбидного расстройства, никак не отменяет этого принципиального положения.

Безусловные изменения к лучшему в сравнении с МКБ-10 претерпели рубрики, рассматривающие расстройства настроения и другие непсихотические расстройства. Содержавшийся в МКБ-9 громоздкий и разнородный раздел F40–F48 (*Neurotic, stress-related and somatoform disorders*) в МКБ-11 оказался вполне обоснованно разделённым на отдельные рубрики, включающие расстройства, связанные с тревогой или страхом, обсессивно-компульсивное и другие расстройства.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. International Classification of Diseases 11th Revision. <https://icd.who.int/en> (access date: 12.08.2022).
2. Robles-García R., Fresán A., Real T. et al. Accessibility, acceptability, and adequacy of schizophrenia definition according to experts by experience: an ICD-11 field study of patients and relative caregivers in Mexico // *Psychosis*. 2022. Vol. 14. N. 1. P. 34–45. DOI: 10.1080/17522439.2020.1807591.

## REFERENCES

1. *International Classification of Diseases 11th Revision*. <https://icd.who.int/en> (access date: 12.08.2022).
2. Robles-García R, Fresán A, Real T et al. Accessibility, acceptability, and adequacy of schizophrenia definition according to experts by experience: an ICD-11 field study of patients and relative caregivers in Mexico. *Psychosis*. 2022;14(1):34–45. DOI: 10.1080/17522439.2020.1807591.

## ОБ АВТОРАХ

**Сиволап Юрий Павлович**, докт. мед. наук;  
ORCID: 0000-0002-4494-149X;  
eLibrary SPIN: 3586-5225;  
e-mail: yura-sivolap@yandex.ru

**Портнова Анна Анатольевна**, докт. мед. наук;  
ORCID: 0000-0001-5938-0202;  
eLibrary SPIN: 5899-0069;  
e-mail: aapersbksy@mail.ru

В целом мы считаем необходимым заключить, что, хотя шестой (психиатрический) раздел МКБ-11 уступает DSM-5 (лучшему, по нашему мнению, диагностическому классификатору в психиатрии) с точки зрения цельности, краткости терминов и ясности формулировок и явно нуждается в дальнейшем совершенствовании, он представляет собой вполне пригодный диагностический инструмент как для клинической практики, так и для научных исследований.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНО

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Вклад авторов.** Работа полностью выполнена авторами статьи.

**Funding.** This publication was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interests.** The authors declare no conflicts of interests.

**Contribution of the authors.** The work is completely done by the authors of the article themselves.

3. Менделевич В.Д. Что даёт пациенту психиатрический диагноз и обоснован ли тренд на увеличение числа болезней? // *Неврологический вестник*. 2019. Т. 1. С. 52–54. DOI: 10.17816/nb13560.
4. *DSM-5 Classification*. [https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA\\_DSM-5-Contents.pdf](https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM-5-Contents.pdf) (access date: 12.07.2022).

3. Mendelevich VD. Chto daet pacientu psikiatricheskij diagnoz i obosnovan li trend na uvelichenie chisla boleznej? *Nevrologicheskij vestnik*. 2019;1:52–54. DOI: 10.17816/nb13560.
4. *DSM-5 Classification*. [https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA\\_DSM-5-Contents.pdf](https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM-5-Contents.pdf) (access date: 12.08.2022).

## AUTHOR'S INFO

**Yury P. Sivolap**, M.D., D. Sci. (Med.), Prof.;  
ORCID: 0000-0002-4494-149X;  
eLibrary SPIN: 3586-5225;  
e-mail: yura-sivolap@yandex.ru

**Anna A. Portnova**, M.D., D. Sci. (Med.);  
ORCID: 0000-0001-5938-0202;  
eLibrary SPIN: 5899-0069;  
e-mail: aapersbksy@mail.ru