

<https://psy.su/feed/9637/>

Переход к МКБ-11: основные изменения и значение для практической психологии

Автор

- [Кулыгина Майя Александровна](#)



Лекцию «Переход к МКБ-11: основные изменения и значение для практической психологии» на [8-м Санкт-Петербургском зимнем фестивале практической психологии «Психотерапия как метафизика любви»](#) прочитала **Майя Александровна Кулыгина**, кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник Научно-клинического исследовательского центра нейropsychиатрии ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения г. Москвы», психолог Медико-психологического центра Московского государственного института международных отношений, член Международной консультативной группы ВОЗ по обучению и внедрению МКБ-11.

Международная классификация болезней — инструмент Всемирной организации здравоохранения. 194 страны входят в ВОЗ и около 165 из них используют МКБ в своей системе здравоохранения. Из этого следует, что классификация должна быть приемлема, понятна для разных культурных, региональных, языковых особенностей, т.е. должна быть в некотором смысле универсальной. А универсальность требует консенсуса, договоренностей и согласования. Это единый язык, на котором говорят специалисты во всем мире. Классификация обеспечивает единство методических подходов и международную сопоставимость данных. Это нужно для разработки руководств по оказанию помощи и стандартов клинической практики, для мониторинга эпидемий / угроз для общественного здоровья, оценки прогресса и приоритетов в развитии здравоохранения.

25 мая 2019 года на Всемирной ассамблее ВОЗ была принята МКБ-11 с рекомендацией с 1 января 2022 года начать процесс внедрения в клиническую практику во всех странах-членах ВОЗ, которые используют МКБ.

Что означает подготовка к внедрению? В первую очередь, это перевод текста, пробные использования на местах, затем уже переход к использованию статистической классификации на государственном уровне.

Переход к действующей версии МКБ-10 осуществлялся достаточно долго, в течение 9 лет. Предполагается, что МКБ-11 будет официально принята к 2025 году, т.е. не так много времени, чтобы освоить этот материал. Предполагается, что будут активно использоваться цифровые технологии: на сайте ВОЗ можно будет осуществлять поиск по отдельным симптомам, по отдельным психическим проявлениям и выходить таким образом на то или иное расстройство. Также будут и более привычные печатные версии.

Глава по психическим расстройствам — это только одна из 26 глав, которые есть в МКБ-11, поскольку классификация охватывает все области медицины. Разработка новой версии этой главы началась довольно давно, с 2007 года, и осуществлялась в несколько этапов. На первом этапе проводились подготовительные исследования: многочисленные международные опросы совместно с Всемирной психиатрической ассоциацией. Специально была создана Всемирная сеть клинической практики — глобальное интернет-сообщество, которое позволило проводить полевые испытания с использованием Интернета. Проводились и «экологические» полевые оценочные испытания на конкретных клинических базах во многих странах. С 2014 года активно подключились российские специалисты: участвовали в полевых испытаниях, которые проводились и по Интернету, и на клинических базах Московского НИИ психиатрии и Санкт-Петербургской психиатрической больницы №1 имени П.П. Кащенко. Основной акцент при разработке

МКБ-11 делался на клинической полезности, на применимости этой классификации в клинических условиях.

Данная глава МКБ-11 предназначается не только для врачей-психиатров, но для всех специалистов, вовлеченных в процесс охраны психического здоровья: для психологов, социальных работников, психотерапевтов, трудотерапевтов, и даже для самих пациентов и их родственников, т.е. это должен быть язык, понятный представителям различных сообществ, различных профессиональных групп. Классификация должна учитывать и культурный контекст. Ее перевод должен быть точным и аккуратным и сохранять баланс между клиническим соответствием и формулировками терминов.

Клинические психологи во всем мире были активно вовлечены на разных этапах подготовки МКБ-11: участвовали в опросах и проведении полевых испытаний, в исследованиях, в разработке тренинговых моделей. Вместе с тем, одна из претензий, звучащих от отечественных психиатров, — упрек в излишней психологизации МКБ-11. На мой взгляд, это её большое достоинство, потому что, по большому счету, нельзя отделять психологию от психиатрии. Это взаимообогащающие специальности, которые позволяют глубже понять, что происходит с больной психикой, каковы механизмы расстройств и заболеваний. Кроме того, сама установка на партнерство закладывается и в биопсихосоциальной концепции, и в широко анонсируемом междисциплинарном подходе. Так что сбрасывать со счетов психологов и при подготовке, и в использовании МКБ было бы неправомерно.

По аналогии с МКБ-10 будут следующие версии главы МКБ-11 по психическим и поведенческим расстройствам:

- статистическая классификация,
- клинические описания и диагностические указания,
- версия для первичной медицинской сети,
- версия для исследований.

В новой классификации психических и поведенческих расстройств произошли достаточно масштабные изменения. Они начинаются с изменения названия главы и её структуры, также расширяются диагностические принципы, появляются новые понятия, термины, категории. Меняется сам формат того, как устроено диагностическое руководство и, соответственно, процесс диагностики, т.е. последовательность шагов при постановке диагноза. Большее значение отводится и другим главам МКБ, а не только традиционно «психиатрической» главе, в которых также кодируются и классифицируются проблемы психического здоровья, не достигающие уровня психического расстройства.

Итак, это глава 6, которая содержит 162 категории (4-значные коды, начиная с 6A00). **Название главы** расширяется, включает не только психические и поведенческие расстройства, но и нарушения нейропсихического развития. Сама глава предваряется определением: «Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейропсихического развития представляют собой синдромы, характеризующиеся клинически значимыми нарушениями в познавательной сфере, эмоциональной регуляции или поведении человека, которые проявляются на психологическом и биологическом уровнях и в процессе развития и влияют на психическое и поведенческое функционирование».

Роль нарушений функционирования особенно подчеркивается в новой классификации. Это один из основных требуемых признаков большинства психических расстройств. Практически все категории в МКБ-11 в рубрике «Основные признаки» снабжаются такой формулировкой: «Симптомы должны вызывать дистресс или нарушения в личностной, семейной, социальной, учебной, профессиональной и других важных сферах функционирования. Если функционирование сохраняется, то лишь за счет существенных дополнительных усилий».

Уже с этого момента очевидно, что стоит большая задача подбора объективных методов оценки нарушений функционирования. Безусловно, есть международные инструменты, уже признанные и валидизированные. Что-то переведено на русский язык, что-то нет, но это то направление, в котором практические психологи могут активно двигаться, предлагая или адаптируя методы оценки нарушения функционирования. Вот несколько примеров таких оценочных методов:

- SOFAS — Шкала оценки социального и профессионального функционирования,
- Personal and Social Performance (PSP) scale — Шкала личностного и социального функционирования,
- The Global Assessment of Functioning (GAF) scale — Общая оценка функционирования,
- WHO-DAS 2.0 — Шкала оценки инвалидизации.

Что касается **структуры главы**, в главе V МКБ-10 — 10 крупных разделов, в главе 6 МКБ-11 — 21 раздел, т.е. фактически в 2 раз больше — за счет того, что разделы расформируются, объединяются, устраняются. Разделы становятся более монотематическими, объединяющими расстройства на основе существенного клинического признака. И мы, как психологи, понимаем, что это хорошая классификация, когда она делается по существенному признаку.

Расширяются **диагностические принципы**. Применяется не только **категориальный** принцип, более широко используется **дименсиональный**, т.е. измерительный, принцип для оценки выраженности нарушений или тяжести симптомов. Главным образом, он применяется для следующих разделов и рубрик:

- нарушения интеллектуального развития,
- шизофрения и другие первичные психотические расстройства,
- аффективные расстройства,
- расстройства личности,
- телесный дистресс,
- нервная анорексия.

При этом выделяются три степени тяжести: легкая, умеренная и тяжелая. Под каждую степень существует определенный набор признаков, т.е. достаточно удобно соотносить те или иные клинические проявления с соответствующей степенью. Для некоторых расстройств используется глубокая и неуточненная степень. Соответственно, появляется задача разработки и использования дополнительных объективирующих инструментов оценки степени тяжести (шкалы, тесты, опросники, психодиагностика). Само диагностическое руководство снабжено таблицами, которые позволяют более универсально подойти к определению степени тяжести. Но никто не мешает нам, практическим клиническим психологам, разрабатывать инструменты для более точного определения степени тяжести.

Если мы посмотрим на перечень разделов в МКБ-11, то очевидно, что в последовательности прослеживается **онтогенетический** принцип. Начинается глава с нарушений нейропсихического развития, которые часто стартуют в детском возрасте, и завершается нейрокогнитивными расстройствами, которые чаще развиваются на нейродегенеративной основе. Кроме того, расстройства могут быть диагностированы на протяжении всей жизни, на всех возрастных этапах. Вследствие чего в МКБ-11 нет раздела, который ранее условно назывался «детским» разделом, т.е. включал расстройства с началом, специфичным для детского или подросткового возраста. Зато в МКБ-11 все расстройства, по всем разделам, имеют рубрику «Возрастные проявления», которые позволяют распознавать их на разных возрастных этапах.

Также более широко используется **контекстуальный** подход, который позволяет учитывать социальные и культурные условия, в которых находится человек в каждом конкретном случае, что, безусловно, влияет на клинические проявления расстройств и в некотором смысле указывает на относительность нарушений: то, что в одной культуре может трактоваться как норма, в другой будет расцениваться как отклонение. Бывают

культуры коллективноцентрические и эгоцентрические, в которых приняты совершенно разные подходы и отношение к оценке тех или иных явлений и феноменов.

Диагностическое руководство МКБ-11 имеет более структурированный формат, вследствие чего процесс постановки диагноза может осуществляться по определенной схеме.

- Выявление основных (необходимых) признаков. Основные требования: определенное число, определенная длительность, установление субъективного дистресса и нарушений функционирования.
- Установление подтипа.
- Учет дополнительных клинических признаков.
- Проведение границы с нормой.
- Учет особенностей течения.
- Возрастные проявления.
- Культуральная специфика.
- Гендерные различия.
- Проведение границ с другими расстройствами / дифференциальная диагностика.

Как видим, сперва перечисляются основные необходимые признаки, т.е. основные требования для диагностики того или иного расстройства. Часто основные признаки включают определенную длительность. Например, для диагностики шизофрении важно, чтобы нарушения отмечались не менее одного месяца. Для диагностики депрессивного эпизода — не менее двух недель. Т.е. для разных состояний и разных расстройств может требоваться разная длительность, чтобы считать это состояние расстройством. Также необходимо определенное число признаков. Например, для депрессивного эпизода насчитывается 10 признаков в трех кластерах, но для диагностики достаточно присутствия всего 5 из этих 10 признаков.

Совершенно новым в этой версии МКБ является **проведение границы с нормой**. В норме могут быть эпизодические проявления нарушений психического здоровья. Например, депрессия. Кому неизвестно такое состояние? Но ведь это совершенно разные регистры, когда речь идет о нормальной депрессии — депрессивном настроении — или о депрессивном расстройстве. Поэтому очень важно проводить границы.

Учитываются **особенности течения**. Хотя сама классификация позволяет оценивать прежде всего психический статус — т.е. то, что на данный момент отмечается в состоянии пациента, при этом в рубрике «особенности течения» описываются возможные сценарии развития состояния с течением времени.

Отдельно выделяются рубрики, которые отражают специфику в зависимости от возраста, культурного контекста, от гендерных различий, т.е. одни и те же расстройства у мужчин и женщин могут протекать по-разному и иметь свою специфику. Например, тревожное расстройство у женщин часто может сопровождаться соматизацией, а у мужчин — употреблением психоактивных веществ, например, алкоголя.

Подробно, по пунктам, представлена **дифференциальная диагностика** и прописываются границы с другими расстройствами. Поскольку часто психические нарушения, неспецифичные психопатологические симптомы могут быть при разных расстройствах.

Происходит **смена понятий**. Уходят в прошлое некоторые термины — целые эпохи в классификации психических нарушений: например, невроз. Уходит разделение на органические и неорганические расстройства, поскольку считается, что все расстройства имеют и органическую основу, и функциональные нарушения. На смену термину «соматоформные расстройства» приходит понятие телесного дистресса. Устранен термин «конверсия». Уходит термин «умственная отсталость», он уже и некоторое время до этого считался неполиткорректным. В МКБ-11 он заменяется термином «нарушение интеллектуального развития» и отражает саму суть этого расстройства.

Есть и более существенные категориальные изменения, то, что вызывает возражения и споры в психиатрической среде: уходят формы шизофрении, остается один диагноз — шизофрения. А подтипы выделяются по особенностям течения, т.е. первый эпизод, множественные эпизоды, непрерывное течение. Это становится определяющим для диагностики шизофрении. Это же касается и специфических расстройств личности.

Более широко используются **новые квалификационные термины**. Например, дистресс — термин для обозначения беспокойства, дискомфорта, неудобства, которое связано с переживанием по поводу тех или иных нарушений. Вводятся дополнительные квалификаторы: указатели тяжести, течения, симптоматики, они заменяют подтипы. Домен — группа симптомов, объединенных общим клиническим признаком. Паттерн — комплекс типичных нарушений, характерный стиль.

Перейдем к отдельным разделам.

В разделе «**Шизофрения и другие первичные психотические расстройства**» произошли следующие основные изменения:

- изменение названия раздела: отделение первичных расстройств от вторичных;
- отказ от деления органических и неорганических расстройств;

- устранение форм шизофрении;
- появляются указатели течения и симптоматики: единичный эпизод — множественные эпизоды — непрерывные течения; текущая симптоматика — неполная ремиссия — полная ремиссия;
- оценка выраженности симптоматики (три степени тяжести);
- внимание к когнитивным нарушениям при шизофрении;
- отсутствие негативной симптоматики при остром транзиторном расстройстве;
- требование нарушения функционирования при шизотипическом расстройстве.

Шизофрения и другие первичные психотические расстройства характеризуются выраженными искажениями восприятия реальности и отклонениями в поведении, что проявляется в специфических симптомах, которые включают стойкие бредовые идеи, стойкие галлюцинации, нарушения мышления и ощущения воздействия, овладения или контроля. Частота и интенсивность симптомов не должна превышать ожидаемые культурные или субкультурные нормы, а также симптомы не должны быть проявлением другого психического и поведенческого расстройства или состояния. Устранение форм шизофрении в МКБ-11, о чем говорилось выше, не лишает возможности охватить все клиническое многообразие проявлений. Каждый случай оценивается по 6 доменам:

- позитивные симптомы,
- негативные симптомы,
- депрессивные симптомы,
- маниакальные симптомы,
- психомоторные симптомы,
- когнитивные симптомы.

Диагностическое руководство снабжено таблицами, которые дают краткие описания проявлений всех трех степеней тяжести, не исчерпывающие, но ориентирующие на то, что считается тем или иным клиническим случаем.

Существенные изменения претерпел раздел в МКБ-10, который охватывал так называемые расстройства невротического круга, т.е. невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства. С этим контингентом пациентов чаще всего могут иметь дело психологи в своей повседневной консультативной или психотерапевтической практике. В МКБ-10 этот раздел объединял многочисленные разнообразные расстройства, в МКБ-11 он распался на 5 отдельных монотематических разделов, собранных по существенным признакам:

1. расстройства, связанные с тревогой и страхом,

2. обсессивно-компульсивные и сходные расстройства,
3. расстройства, специфически связанные со стрессом,
4. диссоциативные расстройства,
5. расстройства телесных ощущений и переживаний.

Расстройства, связанные с тревогой и страхом: основные изменения

Все расстройства с тревогой или страхом как первичным клиническим признаком объединены в одном месте и характеризуются типичными проявлениями:

- физиологическое возбуждение / вегетативные реакции,
- беспокойство,
- избегающее поведение.

Расстройства, связанные с тревогой и страхом, отличаются друг от друга тем, каков в каждом случае фокус опасений, т.е. диагноз зависит от того, какие стимулы или ситуации вызывают страх или тревогу.

Обсессивно-компульсивные расстройства и сходные расстройства: основные изменения

Расстройства, включающие в качестве основных признаков нежелательные мысли / озабоченность и связанные с этим повторяющиеся действия или поведение: с преимущественно когнитивным или с преимущественно моторным компонентом. Объединены на основе:

- высокой частоты сочетаемости,
- общих диагностических и терапевтических подходов,
- встречаемости у близких родственников,
- сходных генетических взаимосвязей,
- лежащей в основе патологии нейронных сетей и нейрохимических процессов.

Внесены новые категории с учетом результатов современных научных исследований: патологическое накопительство, патологическая озабоченность собственным запахом (это нарушение распространено, например, в Японии). Патологическое накопительство нам хорошо известно по литературному аналогу — «синдром Плюшкина».

Что важно для психологов — вводится дополнительный указатель «степень критичности», т.е. уровень убежденности в своей правоте, критики к своим мыслям и своему поведению: с умеренной или сохранной критикой и со снижением или отсутствием критики. Т.е.

допускается бредовый уровень озабоченности, но при этом нарушение не квалифицируется как бредовое расстройство. Здесь важно проводить дифференциальную диагностику, поскольку совершенно разные будут терапевтические подходы в одном и другом случае.

Расстройства, специфически связанные со стрессом: основные изменения

- включено осложненное посттравматическое стрессовое расстройство,
- вынесена за пределы главы 6 острая стрессовая реакция,
- устранены подтипы расстройства приспособительных реакций,
- внесена новая категория: затяжная патологическая реакция горя,
- перенесены из «детского» раздела расстройства привязанности.

Для всех расстройств, включенных в этот раздел, подчеркивается и подробно прописывается роль стрессора. Так, при посттравматическом стрессовом расстройстве это чрезвычайное происшествие жизнеугрожающего характера. Затяжная патологическая реакция горя квалифицируется как реакция на утрату за пределами культурных норм. В некоторых культурах приемлемо переживать дольше, чем те 6 месяцев, которые отдаются на естественное переживание горя. Поэтому очень важно при взаимодействии с пациентами понимать культурный контекст.

Расстройства телесных ощущений и переживаний: основные изменения

Телесные симптомы, которые вызывают беспокойство у самого человека и на которые направлено его чрезмерное внимание, объединены в категорию «телесный дистресс». Можно сказать, что происходит некоторое упрощение диагностики всех состояний, которые характеризуются наличием соматических симптомов, вызывающих беспокойство, дискомфорт, и на которые направлено чрезмерное внимание пациента. Введены указатели тяжести: легкий, умеренный, тяжелый дистресс.

Вводится также новая категория «нарушение целостности восприятия собственного тела», определяемая как патологическое переживание в отношении своего тела, проявляющееся в постоянном желании иметь определенную физическую неполноценность или инвалидность, что сопровождается стойким дискомфортом или сильным чувством несоответствия в отношении своего обычного строения тела. Это достаточно специфическое расстройство, редко встречающееся в практике, но вместе с тем требующее внимания специалистов.

Диссоциативные расстройства: основные изменения

Общий диагностический признак расстройств, входящих в эту большую группу, это произвольное нарушение или сбой целостного функционирования одной или более из следующих сфер:

- личностная идентичность,
- ощущения, восприятие,
- эмоции,
- мышление,
- память,
- контроль над движением тела или поведением.

Нарушение или сбой может быть тотальным, но обычно частичный и может меняться день ото дня или даже в течение часа.

Новый подход к диагностике расстройства личности

Я считаю, что это победа психологов. Прослеживаются связи с психологической трактовкой понятия «личность». Психиатры традиционно трактуют расстройство личности как характерологическое нарушение. В МКБ-11 акцент делается на нарушения функционирования в отношении себя (т.е. нарушения самовосприятия, самооценки, саморегуляции) — на внутриличностное функционирование и на нарушения межличностного функционирования. Проявляется в дезадаптивных эмоциональных, когнитивных, поведенческих паттернах. Когда мы видим, что личность при этом определяется как характерный паттерн отношения к себе, к другим людям, к жизни в целом, вспоминается теория отношений **В.Н. Мясищева**. Он обозначал систему отношений человека к окружающему миру и к самому себе как наиболее специфическую характеристику личности, более важную, чем, например, ряд других её компонентов, таких как характер, темперамент, способности.

В МКБ-10 специфические расстройства личности подразделяются в зависимости от характерологической типологии (параноидное, шизоидное, диссоциальное и т.д.). В МКБ-11 расстройства личности кодируются по степени тяжести, но при этом появляются классификаторы личностных черт, что позволяет учитывать личностную специфику, но само по себе личностное своеобразие не является патологическим, оно обнаруживается и в норме. Это ближе к пониманию акцентуации по **К. Леонгарду**. А расстройства личности ближе к декомпенсации этой личностной специфики.

Вводится новый термин: личностные проблемы / личностные затруднения, т.е. характеристика проблемной личности, которая создает сложности для себя, для

окружающих, но это не достигает уровня расстройства. В противоположность этому выделяется пограничный тип, пограничное расстройство личности, которое характеризует тяжелый патологический уровень нарушений.

Расстройства личности: основные изменения

Итак, в МКБ-11 устранены все специфические расстройства личности. Специфика личности может быть описана с использованием квалификаторов личностных черт. Делается основной акцент на тяжести расстройства личности. При оценке тяжести учитывается тотальность, выраженность и стойкость нарушений, влияние на функционирование. Здесь можно увидеть переключку с пониманием психопатии у **П.Б. Ганушкина** и **О.В. Кербикова**.

Появляется возможность описания профиля личности с учетом наличия определенных личностных черт. Включение пограничного паттерна позволяет отметить нестабильность межличностных отношений, образа «Я», эмоциональной регуляции, аутодеструктивность, преходящие диссоциативные и психотические симптомы.

Нарушения расстройства личности, чтобы считаться таковыми, должны прослеживаться во многих ситуациях, т.е. не должны ограничиваться конкретными отношениями или отдельными социальными ролями. Но могут провоцироваться только определенными типами ситуаций. Связаны со значительным дистрессом или выраженными нарушениями в личной, семейной, социальной, учебной или других важных областях функционирования. Это основной признак, отделяющий расстройство от личностной проблемы, не достигающей уровня расстройства. Расстройства личности не свойственны определенному возрастному этапу. Не могут быть объяснены преимущественно социальными факторами, в том числе влиянием социально-политических конфликтов. Не обусловлены прямым воздействием лекарственных или психоактивных веществ, включая синдром отмены.

Полноценная оценка расстройства личности проходит в несколько этапов. Сперва должно устанавливаться соответствие общих диагностических требований: нарушение внутриличностного и межличностного функционирования. Дальше производится оценка тяжести. При необходимости — оценка личностных черт. И если требуется, если применимо, то производится оценка пограничного паттерна.

Домены личностных черт в МКБ-11 отчасти переключаются и сопоставимы со специфическими расстройствами личности в МКБ-10. Но, как мы уже говорили, это личностные черты, которые могут обнаруживаться и при личностных проблемах,

необязательно приводящих к тяжелым нарушениям функционирования. Выделяют 5 типов личностных черт:

- негативная эмоциональность: склонность к переживанию широкого спектра негативных эмоций, лабильность, негативные установки, низкая самооценка;
- отстраненность: склонность к сохранению межличностной и эмоциональной дистанции;
- диссоциальность: пренебрежение правами и чувствами других, включающее эгоцентризм и отсутствие эмпатии;
- расторможенность: склонность действовать импульсивно в ответ на неожиданные внешние или внутренние стимулы без учета потенциальных негативных последствий, безответственность, отвлекаемость;
- ананкастность: сфокусированность на ригидных стандартах, а также на контроле собственного поведения других людей, перфекционизм.

МКБ-11 позволяет охватывать различные черты и их выраженность у одного человека. И появляется возможность наглядно представить в виде профиля личности.



Сама личностная патология может быть представлена в виде континуума:



В МКБ-11 закреплено, что нарушения психического здоровья не ограничиваются психическими расстройствами. Проблемы психического здоровья, которые оказываются за пределами главы 6 МКБ-11, будут рассмотрены в следующей части публикации.

Видеозапись лекции М.А. Кулыгиной:

Опубликовано 26 апреля 2022

Кулыгина Майя Александровна

кандидат психологических наук. Ведущий научный сотрудник Научно-клинического исследовательского центра нейropsиxиатрии ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения г. Москвы». Психолог Медико-психологического центра Московского государственного института международных отношений. Член Международной совещательной группы ВОЗ по обучению и внедрению МКБ-11.

Москва