
МЕТОДИЧЕСКИЙ СЕМИНАР
METHODOLOGICAL SEMINAR



УДК

<https://doi.org/10.20538/1682-0363-2019-4-273-290>

XIX всемирный конгресс по психиатрии – важный этап в развитии общемедицинской помощи людям, страдающим психическими заболеваниями

Корнетов Н.А.

*Сибирский государственный медицинский университет (СибГМУ)
Россия, 634050, г. Томск, Московский тракт, 2*

РЕЗЮМЕ

В статье представлена информация о XIX всемирном конгрессе по психиатрии (21–24 августа 2019 г., г. Лиссабон, Португалия). Рассмотрены вопросы внедрения новых принципов диагностики МКБ-11, представлены основные результаты изменений и модификаций в рамках расстройств шизофренического спектра, расстройств настроения и новых диагностических категорий в объединенном новом понятии обсессивно-компульсивные расстройства и связанные расстройства. Клиническая полезность МКБ-11 заключается в возможности использовать диагностические критерии более точно, чем ранее. Освещены выступления лидеров конгресса, основная линия в выступлениях специалистов многих стран – достижение самыми различными способами улучшения психического здоровья человека.

Ключевые слова: психические расстройства, международная классификация болезней, диагностические изменения, клиническая полезность, общая медицинская практика.

Конфликт интересов. Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования. Автор заявляет об отсутствии финансирования.

Для цитирования: Корнетов Н.А. XIX всемирный конгресс по психиатрии – важный этап в развитии общей медицинской помощи людям, страдающим психическими заболеваниями. *Бюллетень сибирской медицины*. 2019; 18 (4): 273–290. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2019-4-273-290>.

УДК

<https://doi.org/10.20538/1682-0363-2019-4-273-290>

XIX world congress of psychiatry – an important stage in the development of general medical care for people suffering from mental diseases

*Siberian State Medical University (SSMU)
2, Moscow Trakt, Tomsk, 634050, Russian Federation*

Kornetov N.A.

ABSTRACT

The article provides information about the XIX World Congress of Psychiatry (August 21-24, 2019, Lisbon, Portugal). The issues of implementing the new ICD-11 diagnostic principles are considered; the main results of changes and modifications in schizophrenic disorders, mood disorders and new diagnostic

✉ *Корнетов Николай Алексеевич*, e-mail: korn@mail.tomsknet.ru.

categories in the new concept of “obsessive-compulsive disorders (OCD) and obsessive-compulsive related disorders” are presented.

The clinical utility of ICD-11 consists in the ability to use the diagnostic criteria more accurately than before. The talks of the keynote congress speakers are highlighted, the bottom line in the speeches of experts from many countries is finding effective ways of improving the mental health of a person.

Key words: mental disorders, international classification of diseases, diagnostic changes, clinical utility, general medical practice.

Conflict of interest. The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Source of financing. The authors state that there is no funding for the study.

For citation: Kornetov N.A. XIX world congress of psychiatry – an important stage in the development of general medical care for people suffering from mental diseases. *Bulletin of Siberian Medicine*. 2019; 18 (4): 273–290. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2019-4-273-290>.

ВВЕДЕНИЕ

XIX всемирный конгресс по психиатрии, организованный Всемирной психиатрической ассоциацией (ВПА), состоялся в 21–24 августа 2019 г. в г. Лиссабоне (Португалия). Это очередное крупное событие в охране психического здоровья проходило под девизом «Психиатрия и психическое здоровье: общий прогресс, соответствующие локальные действия», который демонстрирует понимание континуальности между различными расстройствами и здоровьем и активную трансляцию новых результатов исследований. Несомненно, обсуждение представленных данных позволит влиять на соответствующую региональную активность с освоением нового способа видения в различных областях диагностики и лечения психиатрических расстройств.

До открытия конгресса был проведен образовательный курс (председатель: проф. Geoffrey M. Reed (Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Женева, Швейцария, основатель Глобальной сети клинической практики ВОЗ; сопредседатель: проф. Mario Maj (Университет Кампани «Луиджи Ванвителли», Неаполь, Италия), который состоял из лекционно-семинарских занятий для врачей-психиатров. Обучение было ориентировано на внедрение новых диагностических руководств МКБ-11 для психических расстройств в клинической практике [1].

Департаментом психического здоровья и наркомании ВОЗ представлены материалы об основных особенностях новых руководящих принципов МКБ-11 в разделе психических расстройств и изменениях, по сравнению с МКБ-10 [2–8].



Проф. М. Маж



Проф. G. Reed

Особое внимание уделялось применению новых руководящих принципов в диагностике и клинических описаниях на основе реальных случаев с обсуждением диагностических дилемм. Рассматривались некоторые из наиболее важных вопросов в психиатрической практике, на которые приходится наибольшая доля использования служб охраны психического здоровья.

Формального изложения событий этого форума от лица автора данной статьи как члена GCP Network и участника этого обучающего семинара и конгресса ВПА недостаточно, поэтому для данной публикации были основания дополнить краткий курс обучения дополнительными материалами, которые были предоставлены проф. Geoffrey M. Reed, профессор Norman Sartorius, Kenes Group, платформой GCP Network.

Необходимо отметить, что в некоторых объединениях врачей, при обсуждениях на профессиональных медицинских форумах, при занятиях со

студентами имеются затруднения или непонимание значения как создаются общемировые уровни организации образовательной, профилактической и лечебной деятельности и какими гуманистическими принципами руководствуется ВОЗ при систематическом пересмотре МКБ, в рамках данной публикации хотелось бы напомнить Устав и основные постулаты Конституции ВОЗ.

ООН, ВОЗ И МКБ

С момента своего основания Организация Объединенных Наций едет активную деятельность в области охраны здоровья во всем мире. Руководящую роль в этой деятельности в рамках Организации Объединенных Наций играет ВОЗ, Устав которой вступил в силу 7 апреля 1948 г. [9], именно в этот день мы каждый год отмечаем Всемирный день здоровья. На сегодняшний день более 7 тыс. человек являются сотрудниками ВОЗ, 150 стран имеют бюро, 6 региональных филиалов со штаб-квартирой ВОЗ в Женеве.

Устав (Конституция) ВОЗ продолжает считаться основной концепцией этой Всемирной организации [10], который как исторический документ необходимо изучать в университетах, во врачебных и не врачебных аудиториях с целью повышения грамотности людей в сфере охраны психического здоровья. Напомним эту преамбулу Конституции ВОЗ.

- Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней или физических дефектов. Обладание достижимым наивысшим уровнем здоровья является одним из основных прав всякого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения.

- Здоровье всех народов является основным фактором в достижении мира, безопасности и зависит от самого полного сотрудничества отдельных лиц и государств.

- Достижения любого государства в области улучшения и охраны здоровья представляют ценность для всех.

- Неравномерное развитие в разных странах мер в области здравоохранения и борьбы с болезнями, в особенности с заразными болезнями, является общей опасностью.

- Здоровое развитие ребенка является фактором первостепенной важности; способность жить гармонично в меняющихся условиях среды является основным условием такого развития.

- Представление всем народам возможности пользования всеми достижениями медицины,

психологии и родственных им наук является необходимым условием достижения высшего уровня здоровья. Просвещенное общественное мнение и активное сотрудничество со стороны общества крайне важны для улучшения здоровья народа.

- Правительства несут ответственность за здоровье своих народов, и эта ответственность требует принятия соответствующих мероприятий социального характера и в области здравоохранения.

ВОЗ с момента своего существования четко определила психическое здоровье как часть общей концепции здоровья и ратифицировала общую Конституцию [9, 11] всеми 193 нынешними странами – членами ВОЗ. В конституции перечисляются ее основные обязанности, которые включают:

- создание и пересмотр международных номенклатур болезней, причины смерти и практики общественного здравоохранения;

- стандартизацию диагностических процедур по мере необходимости;

- пересмотр классификационных систем является одной из основных конституционных обязанностей, которая не передается другим сторонам;

- МКБ, как известно, является самой старой и исторически важной ВОЗ системой классификации [10].

Цель МКБ состоит в том, чтобы служить в качестве международного стандарта для здоровья, информации, позволяющей проводить оценку и мониторинг смертности, заболеваемости, и другие параметры, отнесенные к здоровью. ВОЗ является единственной организацией с возможностью обеспечения глобального сотрудничества и международного соглашения по этим вопросам и поэтому находится в уникальном положении, чтобы инициировать и продвигать общие стандарты здравоохранения.

Основой правил ВОЗ являются системы классификации:

- для отслеживания эпидемий;

- оценка бремени болезней;

- определение соответствующих целевых показателей ресурсов здравоохранения;

- поощрение подотчетности среди стран-членов для общественного здравоохранения на уровне населения.

Системы классификации ВОЗ также являются одними из основных строительных блоков для электронной медицинской информационной системы [12].

В качестве общей системы интегрированного знания медицины МКБ способствуют развитию

глобальной коммуникации, обмена информацией, позволяют осуществлять сопоставимую клиническую оценку различных заболеваний, профессиональное общение среди медицинских работников и их пациентов. Единая терминология психиатрических обозначений облегчает подготовку медицинских работников в разных странах и культурах мира. Классификации ВОЗ также служат и другим секторам, включая здравоохранение, директивные органы, судебную систему, а также правительства.

МКБ основываются на лучших научных достижениях, имеющих потенциал для повышения надежности, обоснованности и полезности в области здравоохранения. МКБ-10 для психических расстройств была принята и опубликована в 1992 г. [13–15], а МКБ-11 еще продолжает уточняться [16]. Это был самый длинный период, почти 20 лет, в истории пересмотра МКБ [17].

КЛИНИЧЕСКАЯ ПОЛЕЗНОСТЬ МКБ-11

При создании МКБ-11 по разделу психического здоровья и наркомании в январе 2007 года ВОЗ основала международные консультативные группы с тем, чтобы новая систематика психических расстройств была не только надежна, но и максимально полезна для клинической практики медицинского персонала разного уровня подготовки, клинических психологов, социальных работников и медицинских сестер. В состав консультативной группы входили эксперты от всех регионов ВОЗ, а также от представителей международных ассоциаций многопрофильных специалистов в области психического здоровья [18, 19]. Консультативная группа рассмотрела ряд важных основополагающих вопросов, по которым осуществляется конкретная деятельность по пересмотру классификации. Прежде всего, внимание уделялось таким областям, как социокультурные традиции стран, клиническое применение МКБ, научные исследования, преподавание и обучение, статистика здравоохранения. Консультативная группа определила, что нынешний пересмотр представляет особую возможность в следующих задачах:

- улучшить клиническую полезность (КП) классификации, особенно в глобальных условиях первичной медико-санитарной помощи [13, 20, 21];
- исходя из миссии ВОЗ, полезность классификации должна быть осуществлена для оказания помощи странам-членам ВОЗ, особенно странам с низким и средним уровнем дохода [14, 19];
- снижение бремени болезней, связанного с психическими расстройствами, является одной

из самых приоритетных задач для пересмотра МКБ-классификации [14].

В отношении КП текущей классификации МКБ была достаточно продуктивная дискуссия [22–24]. Первым шагом в усилиях по улучшению КП классификации является сбор исходной информации о том, как в настоящее время используется классификация [3, 9]. G. Reed на обучающем семинаре представил обзор концепций, методов и текущего состояния разработки ВОЗ по «пересмотру психических поведенческих и расстройств нейроразвития» Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем МКБ-11. Учитывая глобальное использование текущей версии (ICD-10) для широкого спектра ее применения в клинической практике и статистике здравоохранения, основной целью процесса разработки для ICD-11 CDDG было повышение клинической полезности системы классификации для врачей разных специальностей [4, 6, 25, 26].

Экспертные рабочие группы, отвечающие за разработку конкретных психических расстройств, сначала предложили ряд пересмотренных диагностических руководств для каждого психического расстройства. Затем были проведены опросы, чтобы получить предложения по пересмотру от практикующих специалистов здравоохранения. Была разработана полностью пересмотренная структура классификации психических и поведенческих расстройств с серьезными изменениями. Программа полевых исследований ICD-11 CDDG также представляет собой область главных инноваций.

КП показала себя в ходе реализации полевых исследований и их интерпретации в рабочих группах. Инновационная идея создания Глобальной сети клинической практики (GCPN) способствовала существенному расширению возможностей в подготовке классификации. Специалисты со всего мира в области психического здоровья и первичной медицинской помощи принимали и продолжают принимать непосредственное участие в разработке МКБ-11 CDDG посредством полевых исследований на основе интернета [27]. Со временем сеть GCPN расширилась, и в нее вошли почти 15 000 врачей из 155 стран. Исследования GCPN проводились на китайском, французском, японском, русском и испанском языках, в дополнение к английскому [28, 29].

В МКБ-10 количество отдельных групп психических расстройств было искусственно ограничено системой десятичного кодирования, используемой в классификации, так что в главе о психических и поведенческих расстройствах

можно было получить не более десяти основных групп расстройств. В результате были созданы диагностические группы, которые не основывались на клинической применимости или научных данных (например, тревожные расстройства включались в состав гетерогенной группировки невротических, стрессовых и соматоформных расстройств). Использование в МКБ-11 CDDG гибкой структуры буквенно-цифрового кодирования позволило значительно увеличить число группировок, разработать диагностические разделы, более тесно основанные на научных данных и потребностях клинической практики. В заключение G. Reed подчеркнул тот вклад, который был вложен Глобальной сетью клинической практики GCP Network и продолжает вносить в разработку МКБ-11.

ШИЗОФРЕНИЧЕСКИЙ СПЕКТР И ДРУГИЕ ПЕРВИЧНЫЕ ПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА



Проф. W. Gaebel

Руководитель экспертной группы ВОЗ профессор Wolfgang Gaebel подчеркнул значение МКБ и поблагодарил рабочую группу WGPD [17]. Были высказаны основные положения в пересмотре некоторых аспектов шизофрении. Часть из них представлена в табл. 1, при разработке Международной классификации

психических расстройств МКБ-11 отдел психического здоровья и наркомании ВОЗ использовал системный подход с акцентом на полезность пересмотренных критериев классификации [6, 22, 23]. Название главы для первичных психотических расстройств будет «Шизофрения и другие первичные психотические расстройства». Клинические подтипы шизофрении будут заменены спецификаторами симптомов, которые применимы ко всем первичным психотическим расстройствам. Роль симптомов первого ранга К. Шнайдера будет недооценена. Группа острых и преходящих психотических расстройств более четко дифференцирована от шизофрении. В настоящее время проводятся полевые испытания как в клинических условиях, так и в интернете для проверки полезности пересмотренных критериев классификации. В настоящее время можно считать, что критерии в классификации МКБ-11 для психозов созданы окончательно.

Использование термина «первичный» в классификации здесь может обсуждаться, но цель состоит в том, чтобы отличить эти расстройства от неосновных психотических расстройств. Психотические симптомы, возникающие при расстройствах настроения, будут классифицироваться в разделе аффективных расстройств. Соответственно, факультативные, «вторичные» психотические расстройства, такие как психотические расстройства в общих медицинских условиях и психотические расстройства, вызванные употреблением или отменой психоактивных веществ, рассматриваются в других разделах главы «Психические и поведенческие расстройства».

Поскольку в МКБ-10 недостаточно уделялось внимания дифференциальной диагностике, рабочим группам МКБ-11 CDDG было предложено сопоставлять диагностическую информацию о нарушениях, относящихся к их компетенции, с использованием стандартизированного шаблона (именуемого «форма содержания»). Используя эту информацию, представленную в формах содержания в качестве исходного материала МКБ-11, CDDG разрабатываются с единой структурой во всех проявлениях болезни. Каждая категория характеризуется определенным шаблоном, охватывает описательные области, такие как название категории, отношение к МКБ-10, определение, диагностические рекомендации, функциональные свойства, закодированные классификаторы (спецификаторы), вопросы оценки и др.

При всей четкости описания первичных острых, транзиторных, полиморфных психотических состояний, которые внезапно возникают, быстро протекают и редуцируются в течение 2–3 мес, в клинической практике они могут быть сложны в отношении отличия от острых эпизодов шизофрении. Отечественный психиатр О.В. Кербинов [30], работая в приемном отделении, описал много историй болезней, которые называл «острая шизофрения».

Приведем один из примеров такого психотического состояния: «При бреде преследования, возникающем при острой шизофрении, субъектом преследования обычно бывают конкретные, обыкновенные люди из среды, окружающей больного. Способы и цели преследования тоже просты и банальны. Шизофренические потусторонность и мистика в действительно острых случаях, как правило, отсутствуют. В острых случаях ножи и пистолеты явно превалируют над «кабалистами» и «улавливателями мозговых излучений». При этом бреде опасность, угроза для жизни гораздо ощутимее, аффект непосредственное и поведение

Таблица 1

Конверсия шизофренического спектра и других первичных психотических расстройств

МКБ-11	МКБ-10	Примечание
«Шизофренический спектр и другие первичные психотические расстройства»	F20–F29 Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства	В МКБ-11 исключаются девять подтипов шизофрении из-за их динамической нестабильности и прогностической несостоятельности. Включены когнитивные симптомы как клинически значимые функциональные нарушения (важно для реабилитации)
Шизофрения. Минимум два из следующих симптомов и один из квалификационных пунктов а)–д) в списке: а) стойкий бред, б) стойкие галлюцинации, в) дезорганизованное мышление (формальные расстройства мышления), г) опыт воздействия, подчиняемости или контроля. Негативные симптомы, сильно дезорганизованное поведение могут отмечаться при любой форме целенаправленной деятельности. Психомоторные нарушения, такие как кататоническое беспокойство или возбуждение, восковая гибкость, негативизм, мутизм или ступор	F2 Шизофрения: классические подтипы: F20.0 Параноидная F20.1 Гебефреническая F20.2 Кататоническая F20.3 Недифференцированная F20.4 Постшизофреническая F20.6 Простая F20.8 Другие формы F20.9 неуточненная	Уменьшение значения симптомов «первого ранга» в связи с отсутствием клинических доказательств об их специфичности для шизофрении. Несмотря на недооценку важности симптомов первого ранга диагноз шизофрении удовлетворяется при наличии не менее двух из восьми симптомов, включая, по крайней мере один основной симптом. Основные симптомы включают в себя бред, вкладывание / отнятие мыслей, галлюцинации и расстройством мышления. Симптомы должны четко присутствовать в течение большей части времени 1 месяц и более. Заключение: диагноз шизофрении будет уточняться по шести симптомам: позитивные, негативные, депрессивные, маниакальные, психомоторные и когнитивные нарушения. Такие изменения планируют ввести в виду важности данных показателей для клинического и функционального исхода
Шизоаффективное расстройство: общая длительность должна составлять 4 нед, включая расстройства настроения и симптомы шизофрении. Диагноз относится к текущему эпизоду болезни	F25 Шизоаффективные расстройства	Диагностические критерии шизофрении и расстройства настроения средней или тяжелой степени (депрессивные, маниакальные, смешанные) выполняются одновременно или отделены друг от друга на нескольких дней. Нет доказательных оснований считать диагноз пожизненным
Острое преходящее психотическое расстройство (АТРД): представляет внезапное начало (в течение не более 2 нед), сильно изменчивую / колеблющуюся психотическую симптоматику. Длительность не более 3 мес	F23.0 Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении. Схожесть высока	Остальные МКБ-10 подтипы АТРД были удалены. Негативных симптомов, сходной симптоматики с шизофренией не наблюдается
Шизотипическое расстройство: устойчивый характер необычной речи, восприятия, убеждений и поведения, которые недостаточно интенсивны, чтобы удовлетворить критериям другого психотического расстройства	F22 Шизотипическое расстройство характеризуется эксцентричным поведением, аномалиями в сфере мышления и эмоций, напоминающими шизофрению, хотя ни на одной из стадий течения заболевания характерные для шизофрении нарушения не отмечаются	Симптомы присутствуют постоянно или эпизодически в течение минимум 2 года, вызывают дистресс или ухудшение функционирования
Бредовое расстройство: устойчивый бред или комплекс связанных бредовых идей не менее 3 мес	F22 Хронические бредовые расстройства. F23.3 Другие острые, преимущественно бредовые психотические расстройства. F23.9 Индуцированное бредовое расстройство	Иногда возможны галлюцинации, которые связаны с бредом и соответствуют бредовому содержанию. Аффект, речь и поведение обычно не нарушаются
Другие первичные психотические расстройств	F23.1 Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении. F23.2 Острое шизофреноподобное психотическое расстройство	Продолжительности 1 мес не выполнено. Презентации короткой продолжительности. Если требование продолжительности 1 мес не выполнено:

МКБ-11	МКБ-10	Примечание
		– соответствующий диагноз, как правило, другой первичный. Психотическое расстройство; – острое и преходящее психотическое расстройство не соответствующий диагноз для обоснования, аналогичных шизофрении, но продолжительностью менее 1 мес, если симптомы быстро меняются и другие требования АТРД встречаются (быстрое начало, отсутствие негативных симптомов)
Неуточненные первичные психотические расстройства	F23.8 Другие острые и транзиторные психотические расстройства F23.9 Острое и транзиторное психотическое расстройство, неуточненное	Без уточнения

Примечание. Здесь и далее таблицы созданы с учетом обучающего курса преконгресса (г. Лиссабон, Португалия, 2019), опубликованных основных работ по систематике основных представленных психических и поведенческих расстройств.

адекватнее, как эмоциям, так и содержаниям переживаний» [30]. О.В. Кербиков указывает, что помимо конкретности, обыденности содержания, бред также отличался клиническим полиморфизмом, идеи ревности, колдовства, преследования, отравления, ипохондрические, ущерба связаны в единый комплекс, направленный на определенных существующих лиц. Острые внезапные психозы такого типа с выраженным полиморфизмом симптоматики О.В. Кербиков считал асиндромальной или полисиндромальной стадией развивающейся шизофрении. Кроме этого хотелось бы отметить, что в целом критерии шизофренического спектра в планируемой систематике первичных психотических расстройств отличаются следующим: смягчены критерии Крепелина – Шнайдера и увеличивается значение симптомов Э. Блейлера, что обычно влечет за собой расширение диагностической рамки шизофрении.

РАССТРОЙСТВА НАСТРОЕНИЯ

Сопредседатель проф. Mario Maj в части своего выступления изложил современное состояние в классификации изменения, которые коснулись этих диагностических систем. Расстройства на-



строения определяются на основе типа эпизодов настроения и их характера во

Проф.К.М. Pike – руководитель Всемирных программ психического здоровья, Колумбийский университет, Нью-Йорк, США

времени. Типы эпизодов настроения: депрессивный, маниакальный, гипоманиакальный и смешанный. В МКБ-11 эпизоды расцениваются не как самостоятельные состояния, а в качестве основания для постановки диагноза, который наилучшим образом соответствует клинической картине. Расстройства настроения подразделяются на депрессивные расстройства (которые включают единичные депрессивные расстройства, рекуррентное депрессивное расстройство, дистимическое расстройство и смешанное депрессивное и тревожное расстройство) и биполярные расстройства (которые включают биполярное расстройство I типа, биполярное расстройство II типа и циклотимию). В МКБ-11 биполярное расстройство разделено на расстройства I и II типа.

В настоящее время униполярные и биполярные депрессии наносят большой ущерб в разных областях человеческой жизни. Расстройства настроения кроме социального, профессионального, семейного разрушительного действия ложатся тяжелым психофизическим грузом на самого пациента, его родственников, на общественное здравоохранение и государство в целом, но по-прежнему очень трудно сделать союзниками и врачей разных специальностей, и врачей общей практики, и пациентов. Расстройства настроения представлены в табл. 2.

Диагностические указания для депрессивного эпизода являются одним из немногих мест в МКБ-11, где требуется определенное количество симптомов, выражающих тяжесть депрессии. Это связано с многолетними исследованиями и такой концептуализацией депрессии.

Таблица 2

Конверсия расстройств настроения

МКБ-11	МКБ-10	Примечание
Расстройства настроения. Типы эпизодов настроения: депрессивный, маниакальный, гипоманиакальный и смешанный	F30-F39 Аффективные расстройства (настроения). Происходят изменения аффекта или настроения в сторону снижения (с тревогой либо без нее) или подъема настроения. Эти симптомы сопровождаются изменением общего уровня активности	Расстройства настроения основаны на определенных типах эпизодов настроения и их характера во времени. Эпизоды настроения составляют компоненты расстройств настроения, но не являются независимо диагностируемыми субъектами
Биполярные или связанные расстройства: характеризуются возникновением чередующихся маниакальных и депрессивных эпизодов или их симптомами	F30 Маниакальный эпизод. Все подрубрики этой категории должны использоваться только для единичного маниакального эпизода	В течение этих расстройств наблюдаются также смешанные и гипоманиакальные эпизоды
Биполярное расстройство типа I представляет собой эпизодическое расстройство настроения, определяемое возникновением одного или нескольких маниакальных или смешанных эпизодов	Гипо- или маниакальные приступы у больного, ранее уже перенесшего хотя бы один эпизод (депрессивный, гипоманиакальный, маниакальный или смешанный), должны кодироваться как биполярное аффективное расстройство (БАР) (F31.8). БАР характеризуется двумя или более эпизодами, при которых настроение и уровень активности больного в значительной степени нарушаются, причем в одних случаях его настроение, энергия и активность повышаются (мания или гипомания), в других – снижаются (депрессия). Повторные эпизоды мании или гипомании классифицируются только как биполярное расстройство (F31.8)	Маниакальный эпизод – это эйфорическое, раздражительное или экспансивное настроение с гиперактивностью, повышением энергии и самооценки, которое длится не менее 1 нед и сопровождается другими характерными симптомами. Смешанный эпизод характеризуется либо сочетанием, либо очень быстрым чередованием выраженных маниакальных и депрессивных симптомов в течение не менее 2 нед почти ежедневно
Для маниакальных эпизодов: помимо эйфории, раздражительности или экспансивности, существует требование, что изменения настроения должны сопровождаться повышенной активностью или субъективным ощущением увеличения энергии	F30.1 Мания без психотических симптомов. Симптомы подъема настроения, повышенной самооценки и гиперактивности и другими характерными симптомами. Существенных различий с описанием маниакального эпизода не отмечается МКБ-11	Существует требование, что изменения настроения должны сопровождаться повышенной активностью или субъективным ощущением увеличения энергии
Для гипоманиакальных эпизодах: основные симптомы сходны с маниакальным эпизодом, но симптомы ослаблены и не вызывают выраженного нарушения функционирования или необходимости госпитализации	Отмечается постоянный, легкий подъем настроения, повышенная энергичность и активность, выраженное ощущение благополучия, усиленной физической и умственной продуктивности	Расстройства настроения основаны на определенных типах эпизодов настроения и их характера во времени. Эпизоды настроения составляют компоненты расстройств настроения, но не являются независимо диагностируемыми субъектами
Маниакальный или гипоманиакальный синдром, возникающий во время лечения антидепрессантами	F33 Описывается в категории рекуррентной депрессии при отсутствии в анамнезе эпизодов гипомании или мании. Использование этой категории не препятствуют кратковременные эпизоды слегка приподнятого настроения и слабовыраженной гиперактивности (гипомания), отмеченные сразу после депрессивного эпизода (иногда они могут быть спровоцированы приемом антидепрессантов)	Длительное лечение неопределяемое известными физиологическими эффектами лечения квалифицируется как маниакальный или гипоманиакальный эпизоды
Определяется выраженными маниакальными и депрессивными симптомами	F31.6 Биполярное аффективное расстройство, смешанный текущий эпизод. F38.00 Однократный смешанный аффективный эпизод	Смешанные эпизоды возникают одновременно или чередуются очень быстро (изо дня в день или в один и тот же день) в течение периода не менее 2 нед
Биполярное расстройство с быстрыми циклами: Может быть переход от одной полярности настроения к другой, или эпизоды могут быть разграничены периодом ремиссии	Соответствующий субтип не выделен	Быстрые циклы – это высокая частота эпизодов настроения (не менее четырех за последние 12 мес)

МКБ-11	МКБ-10	Примечание
Циклотимическое расстройство: характеризуется хроническим течением (> 2 лет) с нестабильностью настроения	Соответствующая категория не выделена	Периоды гипомании и депрессивные симптомы сменяют друг друга в различные временные интервалы. Диагностических оснований для определения депрессивного эпизода не встречается
Депрессивные расстройства: один или несколько депрессивных эпизодов	Аффективные (расстройства настроения)	Отсутствие истории болезни маниакальных, смешанных или гипоманиакальных эпизодов
Одиночный (однократный) эпизод депрессивного расстройства: наличие подавленного настроения, либо потери интереса / удовольствия (из группы аффективных симптомов) в когнитивно-поведенческие и нейровегетативные кластеры симптомов. Это один из немногих объектов в МКБ-11 с точными симптомами (не менее пяти) и продолжительностью (не менее 2 нед)	Однократный депрессивный эпизод. В типичных случаях легкого, умеренного и тяжелого эпизодов снижения настроения, падения энергетического потенциала и ослабления активности. Также теряется способность испытывать удовольствие, ощущать интерес к чему-либо. Возникают затруднения при сосредоточении внимания, выраженная утомляемость даже при незначительном усилии. Обычно нарушается сон, ухудшается аппетит. Почти всегда снижается самооценка, и даже при легких формах часто присутствуют идеи виновности и самоуничужения	Один из немногих объектов в МКБ-11 с точными симптомами (не менее пяти) и продолжительностью (не менее 2 нед)
Рецидив депрессивного расстройства	F33 Рекуррентное депрессивное расстройство: повторные приступы депрессии, соответствующими описанию депрессивного эпизода (F32.-), при отсутствии в анамнезе сведений об отдельных эпизодах приподнятого настроения и повышенной активности (свидетельствующих о мании)	Как минимум определяется два депрессивных эпизода, разделенных несколькими месяцами без значительного нарушения настроения
Текущий депрессивный эпизод: легкой, средней, тяжелой степени	Клинические описания соответствуют легкому, умеренному и тяжелому депрессивному эпизодам	Степень тяжести депрессивного эпизода определяется с учетом интенсивности симптомов и их влияния на функционирование
Квалификатор психотических симптомов может применяться к эпизодам средней или тяжелой степени, но не к легким	F32.30 с соответствующими настроению психотическими симптомами (бред виновности, самоуничужения, соматического заболевания, надвигающегося несчастья или слуховые галлюцинации в форме голосов, насмехающихся над больным или осуждающих его). При несоответствии настроению и психотическим симптомам: бред преследования, комментирующие голоса, нигилистический бред	Определяется с учетом интенсивности симптомов и их влияния на функционирование
С сезонным паттерном: рецидивирующее депрессивное расстройство, если регулярный сезонный характер наступления ремиссий и эпизодов. С приступами паники: рецидивирующие приступы паники связанные депрессивными и / или тревожными мыслями, в контексте текущего эпизода депрессии	Нет соответствующих субтипов	
Квалификатор соответствующий ремиссии: – неполная ремиссия (остаточные симптомы сохраняются) или полная ремиссия (симптомы депрессии не сохраняются). Другие (с выраженными симптомами тревоги):	F33.4 Рекуррентное депрессивное расстройство, в настоящее время ремиссия. Нет соответствующих субтипов. Четыре соматических синдрома приравнивались к меланхолии: например, угнетенное настроение, утрата энергии, отсутствие аппетита сон с ночными и ранними пробуждениями, психомоторная заторможенность	Возможны критерии смешанного тревожно депрессивного расстройства, тревожной депрессии. При меланхолическом синдроме отмечены психомоторные возбуждения или заторможенность, выраженная анорексия или потеря веса

МКБ-11	МКБ-10	Примечание
– например, нервозность; – беспокойство или нервозность с невозможностью контролировать тревожные мысли, моторное напряжение; с меланхолией – например, ангедония, отсутствие реактивности настроения, терминальная бессонница, усиление подавленности по утрам		
Хронический депрессивный эпизод: симптомы депрессивного эпизода наблюдаются не менее 2 лет	Соответствующий субтип отсутствует	Позднее обращение за помощью, нелеченные предыдущие депрессии и др.
Другие депрессивные расстройства	F34.8 Другие депрессивные расстройства настроения	
Смешанное тревожно-депрессивное расстройство: симптомы тревоги и депрессии присутствуют без отчетливого доминирования по отношению друг к другу в течение не менее 2 нед	F41.2 Смешанное тревожно-депрессивное расстройство: присутствуют симптомы как тревоги, так и депрессии, но ни те, ни другие не являются доминирующими или выраженными настолько, чтобы, будучи взятыми по отдельности, могли бы оправдать соответствующий диагноз	Симптомы тревоги и депрессии не настолько выраженные чтобы, будучи взятыми по отдельности, оправдать соответствующий диагноз
Дистимическое расстройство: хроническое расстройство настроения	F34.1 Дистимия. При данном расстройстве в течение, по меньшей мере, нескольких лет наблюдается хроническое депрессивное настроение, которое ввиду недостаточной тяжести состояния (или недостаточной продолжительности отдельных эпизодов) не дает оснований для постановки диагноза рекуррентного депрессивного расстройства тяжелой, умеренной или легкой степени (F33.-)	Длительность более 2 лет, симптоматически не достигается уровень депрессивного эпизода
Тяжелая утрата: распространенные выражения горя, включающие симптомы депрессии и не отвечающие диагнозу «депрессивный эпизод», если признаки утраты согласуются с нормативным ответом на горе в религиозном и культурном контексте человека	Категория тяжелой утраты отсутствует	Депрессивный эпизод во время тяжелой утраты вызван постоянными симптомами (> 1 мес), крайними убеждениями в низкой самооценке и чувстве вины, не связанными с потерянным любимым человеком, наличием психотического расстройства и симптомами: суицидальные мысли или психомоторная заторможенность
С сезонным паттерном. С приступами паники	Подтипы не рассматривались	При рецидивирующем депрессивным расстройством, регулярный сезонный характер возникновения эпизодов и ремиссии. При периодических приступах паники, связанных с депрессивными мыслями или вызывающие тревогу в контексте познания негативных переживаний

Требуется минимум пять из десяти симптомов, а не четыре из девяти возможных симптомов, указанных в МКБ-10, что повышает согласованность с DSM-5. CDDG МКБ-11 для помощи клиницистам весь спектр депрессивной симптоматики разделен в три кластера – аффективный, когнитивный и нейровегетативный. Утрата энергии или хроническая усталость входит в состав нейрове-

гетативного кластера симптомов, но больше не считается самостоятельным симптомом начального уровня. Для диагностики депрессии необходимо ежедневно сниженное настроение и / или снижение интереса к деятельности на протяжении не менее двух последних недель. Безнадежность была добавлена в качестве дополнительного когнитивного симптома из-за убедительных

доказательств его прогностической ценности при диагностике депрессивных расстройств. CDDG МКБ-11 дает четкие указания по дифференциации культурно-нормативных реакций горя и симптомов, которые требуют рассмотрения при диагностике депрессивного эпизода в контексте тяжелой утраты.

Для диагностики маниакальных эпизодов МКБ-11 требует наличия симптомов первого уровня (повышенная активность, субъективное ощущение прилива энергии) в дополнение к эйфории, раздражительности или несдержанности. Это было сделано с целью предотвратить ложноположительные случаи диагностики, которые соответствуют нормативным колебаниям настроения. В МКБ-11 гипоманиакальные эпизоды определяются как ослабленная форма маниакального эпизода без значительной утраты функциональности. Описание смешанных эпизодов в МКБ-11 совпадает с МКБ-10, так как есть подтверждения обоснованности такого подхода. Руководство содержит указания на типичные разнополярные симптомы, когда преобладают маниакальные или депрессивные симптомы. Наличие смешанного эпизода указывает на диагноз биполярного расстройства, тип I.

Текущие депрессивные эпизоды в контексте депрессивных или биполярных расстройств можно дополнительно охарактеризовать тяжестью (легкой, средней или тяжелой); меланхолические признаки соответствуют соматическим проявлениям из МКБ-10, а персистирующий эпизод (затяжной эпизод) должен длиться более двух лет. Все эпизоды настроения в контексте депрессивных или биполярных расстройств могут быть дополнены использованием симптомов тревоги, наличием панических атак и наличием сезонности. Также есть возможность квалифицировать биполярное расстройство с быстрой сменой циклов.

МКБ-11 включает в себя категорию смешанных депрессивных и тревожных расстройств из-за их важности в условиях первичной медицинской помощи. Учитывая наличие доказательств общей симптоматики с расстройствами настроения, этот диагноз в МКБ-11 был перенесен из категории тревожных расстройств МКБ-10 в депрессивные расстройства.

ОБЕССИВНО КОМПУЛЬСИВНЫЕ И СВЯЗАННЫЕ РАССТРОЙСТВА

Профессор Dan Stein (г. Кейптаун, Северная Африка) – ведущий семинара по данной теме – подчеркнул, в чем заключаются основные различия между новой и прежней классификацией этого спектра расстройств. Основной особенностью МКБ-10 было постоянное наличие навязчивых идей и (или) принудительного поведения. Эти клинические проявления сохраняются в ICD-11. Но определение навязчивых мыслей в настоящее время расширено и включает в себя повторяющиеся мысли, образы или побуждения (импульсы). Навязчивые идеи определяются как связанные с целым рядом эмоциональных переживаний, включая тревогу. Принуждения включают как явное повторяющееся поведение (например, мытье рук), так и скрытое повторяющееся поведение (например, многократный подсчет до определенного числа).



Проф. D. Stein

Подтипы ОКР исключены из МКБ-11. Оказалось, что между навязчивостями и компульсиями не причинная, а функциональная связь. Ранее депрессивные расстройства доминировали по отношению к ОКР. Из МКБ-11 это иерархическое правило исключено. В новой классификации синдром Туретта и ОКР описываются в одной категориальной системе. Ипохондрия рассматривается самостоятельно и характеризуется постоянной озабоченностью или страхом перед возможностью иметь одно или несколько серьезных, прогрессирующих или угрожающих жизни заболеваний. Озабоченность связана с неправильной интерпретацией телесных признаков или симптомов, включая нормальные или обычные ощущения. Проявляется ипохондрия в повторяющихся и чрезмерно связанных со здоровьем формах поведения либо в неадекватных поведенческих избеганиях. Более детально все основные изменения представлены в табл. 3.

Обсессивно-компульсивные расстройства и связанные с ними расстройства

МКБ-11	МКБ-10	Примечание
Обсессивно-компульсивное и связанные расстройства	Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	В МКБ-11 все расстройства, имеющие общие черты нежелательных мыслей / озабоченности и связанных с ними повторяющегося принудительного поведения, объединяются в новую группу под названием «обсессивно-компульсивные и связанные расстройства» (OCRD)
Обсессивно-компульсивное расстройство (OCD). Подтипы OCD исключены в МКБ-11. В МКБ-10 депрессивным расстройствам уделялось первенство по сравнению с OCD. Это иерархическое правило исключено из МКБ-11	F42 Обсессивно-компульсивное расстройство. F42.0 Преимущественно навязчивые мысли или размышления (умственная жвачка). F42.1 Преимущественно компульсивные действия (обсессивные ритуалы). F42.2 Смешанные обсессивные мысли и действия	Определение навязчивых идей расширено доказательными и принятыми исследованиями. Дополнения включают в себя повторяющиеся мысли, образы или побуждения (импульсы)
Дисморфическое телесное расстройство: характерна постоянная озабоченность одним или несколькими дефектами или изъяном внешнего вида, которые незаметны или незначительно заметны для других. При этом люди испытывают чрезмерное самосознание. Возникают идеи или убеждения, что люди обращают внимание (судят или говорят о воспринятом дефекте или недостатке)	F45.2 Ипохондрическое расстройство. В соответствии с МКБ-10, дисморфия тела (небредовая дисморфофобия) рассматривалась в рамках ипохондрического расстройства и являлась его частью	Отмечается постоянная озабоченность физическими недостатками с чрезмерным самосознанием и повторяющимся поведением. Этот паттерн поведения включает в себя повторное изучение внешнего вида или серьезности обнаруженного дефекта или изъяна, чрезмерные попытки скрыть или изменить обнаруженный дефект или заметное избегание социальных ситуаций или триггеров, которые усиливают дистресс об обнаруженном дефекте или недостатке
Ипохондрия: повышенная озабоченность о своем здоровье, по поводу наличия серьезного заболевания с повторяющимся поведением, которое может включать в себя проверку, поиск подтверждения или избегание	F45.2 Ипохондрическое расстройство	Ипохондрия включает в себя весь кластер соматоформных расстройств. Рассматривается в МКБ-11 в разделе OCRD из-за феноменологического сходства с другими OCRD
Обонятельное расстройство: основные характеристики постоянную озабоченность с чрезмерным самосознанием неприятного запаха тела, убежденностью, что чье-то тело (или дыхание) испускает неприятный или неприятный запах, которое в действительности либо незаметно, либо еле заметно для окружающих	Сходное расстройство отсутствует	Озабоченность сопровождается повторяющимся чрезмерным поведением. Например, неоднократно проверяют запах от тела или проверяют кажущийся источник запаха; данные действия регулярно повторяются; предпринимаются попытки замаскировать, изменить или предотвратить запах; или активно избегают социальных ситуаций или триггеров, которые повышают беспокойство по поводу неприятного запаха. В МКБ-11 обонятельное расстройство включено в группу OCRD, так как имеет феноменологическое сходство с другими расстройствами такими как постоянная тревога и связанные с ней повторяющиеся действия
Расстройство накопительства (хоардинг): основными особенностями являются накопление имущества из-за чрезмерного приобретения и (или) трудности выбрасывания предметов. Накопление вызывает клинически значимые расстройства или нарушения в социальных, профессиональных или других важных областях функционирования (включая поддержание безопасной среды для себя и других)	Сходное расстройство отсутствует	Чрезмерное приобретение характеризуется повторяющимися побуждениями и поведением для накопления предметов. Сложность выбрасывания предметов, характеризуются осознанной необходимостью сохранять предметы и испытывать дистресс при их выбрасывании. Жилые помещения загромождены до такой степени, что использование их или безопасность ставится под угрозу. Накопление вызывает клинически значимые расстройства или нарушения в социальных,

МКБ-11	МКБ-10	Примечание
Эксориативное расстройство характеризуется повторяющимися действиями с собственной кожей, приводящими к ее повреждению, а также сопровождается неудачными попытками остановить или уменьшить это поведение. Эксориативное расстройство (включая трихотилломанию) отличается от других OCRD тем, что когнитивные явления (такие как навязчивые мысли, идеи, тревоги) редко предшествуют поведению, однако часто вместо них поведению предшествуют чувственные переживания	МКБ-10 Привычные и импульсивные расстройства а. F63.3 Трихотилломания б. F63.8 Другие привычки и импульсивные расстройства	профессиональных или других важных областях функционирования (включая поддержание безопасной среды для себя и других) Повреждения кожи должны быть достаточно тяжелыми, приводящими к выраженному дистрессу. Его включение в группу OCRD основано на общей феноменологии, моделях семейной агрегации и предполагаемых общих этиологических механизмах с другими нарушениями в этой группе
Синдром Туретта	F95.2 Комбинированные вокальные и множественные расстройства моторного тика [де ла Туретта]	В соответствии с МКБ-11 синдром Туретта является первичным заболеванием нервной системы и в своих клинических пересечениях частично входит в группу OCRDs

В результате участия в курсе обучения доктора смогли описать основные изменения в структуре и содержании групп МКБ-11. Таким образом, руководителям этого важного раздела обучения удалось дать возможность врачам-психиатрам подготовиться к применению новой классификации МКБ-11 в данных областях в своей ежедневной клинической практике.

Этот важный итог данного курса обучения, несомненно, будет поддерживать внедрение МКБ-11 в учреждениях служб охраны психического здоровья. Здесь нельзя не отметить, что данный вид обучения великолепно продемонстрировал, как четко структурированная научная передача знаний разнообразными педагогическими приемами создала уникальную атмосферу общения и познания.

На открытии Всемирного психиатрического конгресса 21 августа 2019 г. (г. Лиссабон, Португалия) от имени всех организаторов конгресса тепло приветствовали участников Президент ВПА профессор Helen Herrman (г. Мельбурн, Австралия), супервизор, член правления профессор Maria Luisa Figuera (Португалия).



Проф. Devora Kestel (Швейцария)

Первое пленарное выступление «Программы ВОЗ в области психического здоровья» было сделано директором отдела психического здоровья и наркоманий ВОЗ профессор Devora Kestel (Швейцария). В докладе были сделаны акценты на возможность предот-

вращения некоторых психических расстройств. Большинство психических и поведенческих расстройств можно успешно лечить; большая часть необходимой профилактики, лечения и реабилитации является доступной. Несмотря на хронический и долгосрочный характер некоторых психических расстройств, при правильном лечении люди, страдающие психическими расстройствами, могут вести продуктивную жизнь и быть жизненно важной частью своих сообществ, активными гражданами страны. Правительствам, которые только начинают заниматься вопросами психического здоровья, предпочтительно установить приоритетов в этой области. Будет необходимо сделать выбор между большим количеством услуг и широким спектром стратегий профилактики и лечения. Послание ВОЗ заключается в том, что каждая страна, независимо от ее ресурсных ограничений, может сделать что-то для улучшения психического здоровья своего народа.

Следующий доклад «Последствия для психического здоровья в глобальном масштабе времени: психические расстройства и неинфекционные заболевания» был представлен сопредседателем независимой комиссии высокого уровня ВОЗ по неинфекционным заболеваниям Sania Nishtar (Пакистан). «Неинфекционные заболевания (НИЗ), включая сердечно-сосудистые заболевания, рак,



Sania Nishtar (Пакистан)

диабет, хронические респираторные заболевания и психические расстройства, как правило, имеют длительную продолжительность и являются результатом сочетания генетических, физиологических, экологических и поведенческих факторов. Эпидемия НИЗ буквально взорвалась в странах с низким и средним уровнем дохода за последние два десятилетия. Мы должны действовать быстро, чтобы спасти жизни людей, предотвратить ненужные страдания и сохранить хрупкие системы здравоохранения от краха. Употребление табака, отсутствие физической активности, вредное употребление алкоголя и нездоровое питание – все это повышает риск смерти от НИЗ. Выявление, скрининг и лечение НИЗ, а также паллиативная помощь являются ключевыми компонентами реагирования. ВОЗ также признает, что загрязнение воздуха является критическим фактором риска НИЗ.

ВОЗ работает во всем мире для укрепления здоровья, обеспечения безопасности в мире и оказания помощи уязвимым слоям».



Helen Herrman,
президент ВПА
(Австралия)

Президент ВПА, профессор Helen Herrman в пленарном докладе «ВПА 2019: связь региональной активности с глобальными сетями» высказала главные позиции Всемирной психиатрической ассоциации. Она напомнила, что организация психиатров с самого начала создания в 1950 г., своей целью видела постоянно стремление людей всей планеты к охране психического здоровья: «Мир, в котором люди живут, в условиях, которые способствуют укреплению психического здоровья и имеют доступ к психиатрической помощи и уходу. Эта помощь должна соответствовать профессиональным и этическим стандартам, которые интегрируют в своей деятельности принципы общественного здравоохранения и уважают права человека». Текущий план действий направлен на укрепление потенциала ВПА. В основе этой работы лежит знание того, что способность ВПА содействовать устойчивым изменениям зависит от двух основных факторов. Во-первых, это способность успешно сотрудничать с другими организациями. Второе – это способность вовлекать психиатров в новые задачи. ВПА связывается, прежде всего, со своими обществами-членами, а затем с целым рядом меж-

дународных организаций, которые приглашаются на Всемирные психиатрические конгрессы.

Пленарное выступление профессор Norman Sartorius «Улучшение психического здоровья во всем мире путем его пропаганды и профилактики и лечения психических расстройств» было адресовано во многом молодым врачам и ученым специалистам.

«Общественное здравоохранение как на глобальном, так и локальном уровнях имеет определенные изменения.



Проф. Norman Sartorius

Уже начало этого века показывает изменения структуры заболеваемости. Неинфекционные заболевания и нейропсихиатрические расстройства уже выходят на первый план. Увеличение продолжительности жизни повлечет за собой частые сочетания хронических,

физических и психических заболеваний и расстройств, а полиморбидность потребует увеличения экономических, профессиональных и социальных затрат, связанных с технологиями ухода.

Рост числа лиц старших возрастных групп, у которых особенно часто возникают нейрокогнитивные патологические процессы, потребует глубоких изменений в уходе и реабилитации. Скорее всего, это будут высокотехнологичные способы, компенсирующие определенные изменения в результате болезней дефекты в мироощущении, но эмпатический контакт профессиональных специалистов психиатрии, психотерапии нет возможности заменить.

Следует также ожидать преобразования служб здравоохранения. Только у ВОЗ есть 10 проблем, которыми ее члены будут заниматься. На первом месте находятся климатические изменения на планете, которые породили и поддерживают особенно в странах низкого и среднего достатка сами люди. Наряду с технизацией служб здравоохранения меняются подходы в отношении поставщиков и пользователей услуг в сфере охраны психического здоровья. В странах невысокого достатка врачи психиатры чувствуют дискомфорт, самостигматизируют себя, поскольку очень сложно изменить паттернализм в медицинском обслуживании на биопсихосоциальный подход в условиях значительной инерции в деинституализации психиатрической службы. Смена отношения родственников больных также нуждается в постоянных образовательных программах

и объединения их группы поддержки своих заболевших близких людей.

Глобализация – это процесс, при котором доминирует тенденция к объединению. По мере развития технологий, в частности транспортных коммуникаций и средств передачи информации, глобализация как явление возникла сама по себе. Люди и товары стали перемещаться достаточно быстро, что, в свою очередь, сказалось на активности бизнеса. Глобализацию влияют миграция и средства связи. Психиатрическая составляющая жизни лиц, страдающих психическим расстройством, по мере уменьшения централизации психиатрических служб в регионах некоторых стран старается поддерживать стандарты с использованием принципов доказательной медицины. С другой стороны, глобализация снижает нравственные ценности народов с их культурой и языком и осуществляет горизонтализацию культуры, при которой значение приобретают не услуги, имеющие товарную стоимость, а их торговые заменители. Например, вместо выписанного лекарства, прошедшего контролируемые рандомизированные исследования, фармацевт или торговые представители уговаривают пациента с депрессией или раком купить нутрицевтик.

Существенным и быстрым изменением является отчетливое изменение роли женщины с начала века. Большинство женщин учатся, работают, делают карьеру. Меняется форма одежды, которая стала более агрессивна. Гендерная унификация, иногда до полной смены ролей в социуме, становится новой проблемой брачных и семейных отношений. Некоторые психические расстройства также могут измениться, по крайней мере, в своих частотах под влиянием этих перемен. Люди с низким достатком не должны подвергаться дискриминации в плане оказания медицинской помощи и последующего ухода за ними.

Помимо перечисленных изменений, в самой текущей парадигме здравоохранения появились признаки несостоятельности: появление кейс-менеджеров; изменение приоритетов, фрагментация медицины; возрождение заболеваний, которые можно было бы предотвратить (например, корь); переход на альтернативную медицину, которая привлекает микродозами; повышение стоимости ухода за пациентами, изменение приоритетов и медицинской этики. Кроме этого, следует из-за бедности ожидать массовый, часто скрытый переход в частное здравоохранение с его постулатами, увеличением ожидаемой продолжительности жизни, изменения характера болезни возможны из-за изменений в человеческом общении. Эти

процессы повлекут за собой появление новых болезней, «смешанных паттернов болезни», изменение порога невыносимых страданий, связанные с бедностью заболевания.

Этому можно противопоставить:

- уход за сообществом с развитием различных форм ухода;
- реабилитацию с восстановительной медицинской и социальной службой;
- перенос врачебных задач с включением совместной межсекторальной помощью;
- фокус на лечении со сменой на фокус по уходу;
- за пациентом и лицами, осуществляющими уход;
- борьбу со стигмой и борьбу с дискриминацией;
- образование семьи с зарплатным статусом опекунов;
- деинституционализацию с обеспечением качества;
- обучение психиатрии с обучением в целом; – строительство и выделение медицинских помещений;
- общее медицинское лечение, навыки самообслуживания с профессиональной социальной помощью и поддержкой человека с психическим расстройством.

Итак, основным заданием для психиатров в начале XXI в. являются: содействие в первичной профилактике психических расстройств, поскольку основные расстройства формируются в детско-подростковом возрасте; помощь в организации ухода за людьми с сопутствующими психическими и физическими заболеваниями; принятие необходимости изменения модели услуг с сохранением их качества; повышение ценности психического здоровья и пересмотр обучения психиатрии со включением в качестве одной из своих главных целей приобретение лидерских и профессиональных навыков.

И, наконец, крайне важно пересмотреть и переосмыслить цели и стратегии программ охраны психического здоровья. Для прогресса необходимо разрушить языковые и профессиональные социокультурные барьеры, принять за главную ценность защиту достоинства и прав человека, всех участников нашей сферы деятельности. Всемирное психическое здоровье должно восприниматься как полезная глобальная поддержка действий, не связанных с обременительными суждениями «Будущее будет ярким, если мы сделаем его ярким».

22 августа 2019 г. состоялось предварительное организационное заседание с президентом

ВПА профессором Helen Herrman (Австралия), с элект-президентом ВПА профессором Afzal Javed (Великобритания), президентом Ассоциации по улучшению программ психического здоровья, профессором Norman Sartorius. Автор данной статьи представлял научную программу Сибирского медицинского университета. Темой совещания было обсуждение возможности проведения конференции (конгресса) под эгидой ВПА в содружестве с научно-образовательным комплексом г. Томска.

Профессор N. Sartorius отметил, что предыдущие конференции и симпозиумы в г. Томске были проведены на высшем уровне. Профессор Н. Herrman поблагодарила ректора О.С. Кобыкову и проректора по научной работе Е.С. Куликова за приглашение, научную заинтересованность в обучении врачей общей практики и за сотрудничество с представителями ВПА. Предложенные для конгресса темы научной группой г. Томска были следующими: депрессия и суицидальность в подростковом и юношеском возрасте; сочетанность физических заболеваний и психических расстройств с проблемами мультиморбидности и фармакотерапии; депрессия, аддикции и суицидальное поведение в Арктическом и Субарктическом регионах.

В рамках статьи невозможно дать описание всех выступлений и тем, которые широкой панорамой были развернуты в дни работы психиатрического конгресса. Сотни выступлений, тысячи постерных сообщений были представлены с самой различной тематикой за все дни работы этого крупнейшего форума. Несомненно то, что его участники по приезду в свои регионы начнут образовательные программы по влиянию различных факторов на здоровье человека в целостном психофизическом отношении.

НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН представил на конгрессе научные материалы, отражающие актуальные направления российской психиатрии: «Особенности аддиктивного поведения студентов с разным уровнем здоровья» (Н. Бохан, И. Карауш, Б. Дашиева, И. Куприянова); «Индивидуальное лечение больных алкогольной зависимостью различных этнических групп – новая фармакотерапевтическая стратегия в современном мире» (Т. Шушпанова, А. Мандель, Н. Бохан); «Создание новых способов введения оригинального противосудорожного средства мета-хлорбензгидрилмочевины (M-CLBHU) для оптимизации фармакотерапии эпилепсии (Т. Шушпанова, Т. Новожеева); «Организация психиатрической помощи лицам геронтологического возраста на амбулаторном этапе (В. Лебе-

дева, И. Куприянова, О. Павлова); «Особенности феномена повторных госпитализаций и возможности формирования противорецидивного поведения при психических расстройствах» (Е. Гуткевич, В. Лебедева, Н. Бохан, С. Владимирова); «Каталазная активность абзимов в крови больных шизофренией» (Е. Ермаков, А. Смирнова, В. Бунева, С. Иванова, А. Семке).

Доклады были представлены в рамках E-Poster. Устное сообщение было сделано Т. Шушпановой «Молекулярное моделирование противосудорожного мета- хлорбензгидрилмочевины (M-CLBHU) на нейрональном рецепторе ГАМК и новые перспективы в фармакотерапии алкогольной зависимости». Е. Ермаков представлял молодых ученых НИИ психического здоровья в работе конгресса.

Заключительная пленарная секция была посвящена детской и подростковой психиатрии. N. Garret (Франция), L. Fusar-Poly (Италия), S. Ruis (Чили), A. Lentoor (Южная Африка) на которой была определена важность предстоящих исследований в данной области.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Любая проблема, особенно если она касается различных наук о человеке, представляет особые сложности при обсуждении ее ключевых вопросов. Много дискуссий всегда вызывают различные подходы к систематикам и классификациям. Психиатрия в данном случае не исключение. В ней существует большая степень разногласия в вопросах понимания и интерпретации тех или иных психических и поведенческих расстройств, связанных с социокультурными и привычными научными и национальными традициями. Многое также зависит от того, насколько тесно психиатрия развивалась и развивается в комплексе с биологией человека (биомедицинской и клинической антропологией), клинической психологией, неврологией, нейронауками, клиникой внутренних болезней, психологией, социологией, правом и этикой. Сейчас можно утверждать, что в самом напряженном поле влияния находится человек с психическими расстройствами. Обе мировые классификации для непредубежденного психиатра или психотерапевта крайне интересны, а затраченный на них экспертами ВОЗ колоссальный труд невозможно переоценить. Важно обратить внимание на два направления: попытаться «гармонизировать» DSM-5 и МКБ-11 в тех классификационных расхождениях, где это возможно; еще раз взвесить клиническую ценность, полезность и приближение к достоверности в отношении пороговых значений текущих нозологических

клинических единиц. И самое главное, пожалуй, заключается в том, что в различных работах, выступлениях и дискуссиях есть идея необходимости образования врачей общемедицинской практики по психическим, поведенческим расстройствам и нарушениям психического развития у человека. Это, несомненно, еще одна ступень на длительном пути к нозологическому храму.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. ICD-11 for mortality and morbidity statistics (ICD-11 MMS) 2018 version.
2. World Health Organization. International classification of diseases and related health problems, 10th revision. Geneva: World Health Organization; 1992.
3. International advisory group for the revision of icd-10 mental and behavioural disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry*. 2011; 10 (2): 86–93. DOI: 10.1002/j.2051-5545.2011.tb00022.x.
4. Stein D.J., Reed G.M. ICD-11: The importance of a science of psychiatric nosology. *Lancet Psychiatry*. 2019; 20 (6): 6–7.
5. Alarcyn R.D. Culture, cultural factors, and psychiatric diagnosis: review and projections. *World Psychiatry*. 2009; 8: 131–139.
6. Reed G.M. Toward ICD -11: improving the clinical utility of who's international classification of mental disorders. *Prof. Psychol. Res*. 2010; 41: 457–464.
7. Reed M., Correia J.M., Esparza P. The WPA–WHO global survey of psychiatrists' attitudes toward mental disorders classification. *World Psychiatry*. 2011; 10: 118–131.
8. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health. Geneva: World Health Organization; 2001.
9. World Health Organization. Basic documents, 46th edition. Geneva: World Health Organization; 2007.
10. Reed G.M., Correia J.M., Esparza P. et al. The WPA–WHO global survey of psychiatrists' attitudes towards mental disorders classification. *World Psychiatry*. 2011;10:118–131.
11. Беляков А.В. Всемирная организация здравоохранения как центральный орган обеспечения права человека на здоровье. *Российская юстиция*. 2009; 8: 18–20.
12. World Health Organization World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*. 2004; 291: 2581–2590.
13. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization; 1993.
14. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization; 2008.
15. World Health organization. international statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision (ICD-10) Geneva: World Health Organization, 1992.
16. Andrews G., Goldberg D.P., Krueger R.F. Exploring the feasibility of a meta-structure for DSM-V and ICD-11: could it improve utility and validity? *Psychol. Med*. 2009; 39: 1993–2000.
17. Gaebel W., Reed G.M. Status of psychotic disorders. *Schizophr Bull*. 2012; 38 (5): 895–898. DOI: 10.1093/schbul/sbs104.
18. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
19. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. *World Psychiatry*. 2011; 10: 86–92.
20. World Health Organization. Diagnostic and management guidelines for mental disorders in primary care: ICD-10.
21. Gask L., Klinkman M., Fortes S. Capturing complexity: the case for a new classification system for mental disorders in primary care. *Eur. Psychiatry*. 2008; 7: 469–476.
22. First M.B. Harmonisation of ICD-11 and DSM-V: opportunities and challenges. *Br. J. Psychiatry*. 2009; 195: 382–390.
23. Kendell R., Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am. J. Psychiatry*. 2003; 160: 4–12.
24. First M.B. Clinical utility in the revision of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) *Prof. Psychol. Res. Pr*. 2010; 41: 465–473.
25. Gaebel W., Zielasek J., Reed G.M. Mental and behavioural disorders in the ICD-11: concepts, methodologies, and current status. *Psychiatr. Pol*. 2017; 51 (2): 169–195. DOI: 10.12740/PP/6966.
26. Hyman S.E. The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Ann. Rev Clin. Psychol*. 2010; 6: 155–178.
27. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders.
28. Kirmayer L.J. Culture, context and experience in psychiatric diagnosis. *Psychopathology*. 2005; 38: 192–196.
29. Chen Y.-F. Chinese Classification of Mental Disorders (CCMD-3): towards integration in international classification. *Psychopathology*. 2002; 35: 171–175.
30. Кербииков О.В. Острая шизофрения. М.: Медгиз, 1949: 67.
31. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed., text revision. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
32. Wang P.S., Aguilar-Gaxiola S., Alonso J.. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO World Mental Health Surveys. *Lancet*. 2007; 370: 841–850.
33. World Health Organization. Diagnostic and management guidelines for mental disorders in primary care: ICD-10 Chapter V Primary Care Version. Göttingen: WHO - Hogrefe and Huber, 1996.

ПОСЛЕСЛОВИЕ



Афзал Джавед

13 декабря 2019 г. президент Всемирной психиатрической ассоциации, избранный на 2020–2023 гг., Афзал Джавед направил приглашение на III конгресс «Психическое здоровье человека XXI века», который состоится в Москве 26–28 июня 2020 г.

Уважаемые коллеги и друзья!

Я очень рад пригласить вас всех на III конгресс «Психическое здоровье человека XXI века», который состоится в Москве 26–28 июня 2020 г.

Союз охраны психического здоровья заслуживает особой благодарности за продолжение деятельности по обеспечению высокого уровня образовательных и обучающих программ по всему спектру вопросов в сфере охраны психического здоровья. Как и предыдущие конгрессы, мероприятие 2020 г. станет еще одним знаменательным событием, которое на этот раз особое внимание уделит детям, обществу и будущему. Девиз конгресса «Психическое здоровье и благополучие молодежи: политика, лучшие практики и партнерские отношения во всем мире» имеет

большое значение сегодня. Будущее нашего мира находится в руках молодых людей, и поэтому психическое здоровье и благополучие детей и подростков является приоритетом для всех нас.

Предлагаемые планы академических и клинических обсуждений по вопросам профилактики, продвижения и лечения в отношении проблем психического здоровья детей и подростков, безусловно, приведут к своевременному вмешательству и их решению. Это также будет способствовать повышению уровня социальных навыков детей и подростков и их личного благополучия.

Я также хотел бы добавить, что Всемирная психиатрическая ассоциация (ВПА) уделяет большое внимание вопросам психического здоровья молодежи и включила эту тему в план действий ВПА на следующий трехлетний период (2021–2023). Поскольку ВПА выступила партнером конгресса, мы считаем, что это повысит ценность будущей работы и окажется полезной для всех нас, кто работает в интересах укрепления психического здоровья.

Желаю конгрессу больших успехов и с нетерпением жду встречи с вами!

С личным уважением, Афзал Джавед, Президент ВПА (2020–2023).

Сведения об авторе

Корнетов Николай Алексеевич, д-р мед. наук, профессор, академик РАЕ, заслуженный деятель науки РФ, заслуженный врач РФ, обладатель звания «Почетный профессор СибГМУ», кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии, СибГМУ, г. Томск.

(✉) Корнетов Николай Алексеевич, e-mail: korn@mail.tomsknet.ru.

Поступила в редакцию
Подписана в печать 05.09.2019

Author information

Kornetov Nikolai A., DM, Professor, Honored Doctor of RF, Honored Scientist of RF, Emeritus Professor of the Siberian State Medical University, Department of Psychiatry, Drug Addiction and Psychotherapy, SSMU, Tomsk, Russian Federation.

(✉) Kornetov Nikolai A., e-mail: korn@mail.tomsknet.ru.

Received
Accepted 05.09.2019