

А.Р. Цупко, В.А. Абабков, Г.Л. Исурина

НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕЖДУНАРОДНОЙ СТАТИСТИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ И ПРОБЛЕМ, СВЯЗАННЫХ СО ЗДОРОВЬЕМ, 10-ГО И 11-ГО ПЕРЕСМОТРА

Санкт-Петербургский государственный университет
(Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9)

Актуальность. С 01.01.2023 г. в мире вводится 11-й пересмотр Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).

Цель – провести сравнительный анализ изменений, внесенных в 11-й пересмотр МКБ-11, которые связаны с понятием «невротические расстройства».

Методология. Использован дескриптивный методологический анализ двух редакций МКБ – 10-го и 11-го пересмотра.

Результаты и их обсуждение. Понятие «невротическое расстройство» уходит из МКБ-11, и на первый план выходит монотематический подход в диагностике заболеваний, который объединяет расстройства в однородные группы по своей сути. Невротические расстройства в их более традиционном понимании не исчезли, а новая версия МКБ отражает новые научные достижения, необходимые для специфических целей системы здравоохранения.

Заключение. Результаты проведенного анализа демонстрируют каким образом сейчас, в новой версии МКБ-11, организована классификация невротических расстройств. Статья ориентирована прежде всего на врачей и клинических психологов.

Ключевые слова: Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), психиатрия, невротическое расстройство, клиническая психология.

Введение

С 1 января 2022 г. в соответствии с рекомендацией Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) начался постепенный переход на новый международный статистический классификатор болезней и проблем, связанных со здоровьем, 11-й версии (МКБ-11) [6, 11]. В связи с введением МКБ-11 существенно меняется подход к клинической диагностике психических и поведенческих расстройств. Они требуют особо внимательного изучения, так как изменения коснулись

не только формальных (названия, структуры, номеров глав), но и диагностических критериев.

Новые подходы к диагностике нервно-психических расстройств, безусловно, затрагивают и клиническую психологию, прежде всего, в контексте психодиагностической практики, являющейся одной из основных сфер профессиональной деятельности психологов в медицине и здравоохранении. Несмотря на широкий спектр задач, которые решает психологическая диагностика

✉ Цупко Анастасия Руслановна – аспирант каф. мед. психологии и психофизиологии, С.-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9), e-mail: J2G@inbox.ru;

Абабков Валентин Анатольевич – д-р мед. наук проф., каф. мед. психологии и психофизиологии, С.-Петербург. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9), e-mail: v.ababkov@spbu.ru;

Исурина Галина Львовна – канд. психол. наук проф., каф. мед. психологии и психофизиологии, С.-Петербург. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9), e-mail: gisurina@yandex.ru

в клинике, традиционно важнейшей из них была и остается задача дифференциальной диагностики [7]. И в этом аспекте анализ новых диагностических подходов и критериев, их соотношения с существовавшими ранее является актуальной проблемой.

Материалы и методы

Проанализировали тексты двух редакций Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, – 10-го (МКБ-10) [5] и 11-го пересмотра (МКБ-11) [6, 11], с использованием подходов дискриптивного методологического анализа.

Результаты и их анализ

Прежде всего, следует отметить, что изменение классификации или принятие новой является не истинным, а ложным патоморфозом. В данном случае речь идет не о появлении новых заболеваний (расстройств), а об ином определении прежних заболеваний [1].

Основополагающие принципы, декларируемые МКБ-11 [6, 9] формулируются следующим образом:

1) в качестве отправной точки исследований выступали фундаментальные науки, а расстройства рассматриваются в контексте нарушения нормального функционирования этих систем;

2) применен димENSIONАЛЬНЫЙ (измерительный) подход к оценке психопатологических категорий, где изучается «весь диапазон изменений от нормы до патологии»;

3) разработаны новые шкалы, которые (по мнению создателей) помогут лучше понять количественные характеристики психических феноменов и их границы;

4) использована специальная процедура отбора пациентов: вначале устанавливались «размеры выборки», а затем определялись независимые переменные;

5) применен принцип интегративности: предложенная экспертами конструкция должна быть не только валидна, но и соотносена с определенной биологической си-

стемой («бихевиоральная наука изучает, что может делать мозг, а нейронаука изучает, как он это делает»);

б) проект является попыткой создать диагностический подход на основе достижений «точной медицины» и изучает только те конструкции, которые могут служить платформой для проведения дальнейших исследований.

Эти положения, безусловно, носят фундаментальный характер и соответствуют требованиям «доказательной медицины», однако, приводят к тому, что кластер невротических расстройств, описывающий диагностические принципы данной группы расстройств, был расформирован. Эти изменения ставят перед нами главный вопрос: продолжает ли своё существование невроз как форма психической дисфункции?

Ответ на этот вопрос чрезвычайно важен как для психологической науки, так и для современного учения о невротических расстройствах. В данной статье будет предпринята попытка объяснить эти изменения, а также проследить, каким образом сейчас организована классификация невротических расстройств.

В МКБ-10 невротические расстройства сосредоточены в разделе F40–F48 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства», среди которых выделяются следующие рубрики:

— тревожно-фобические расстройства (F40);

— другие тревожные расстройства (F41);

— обсессивно-компульсивное расстройство (F42);

— реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43);

— диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44);

— соматоформные расстройства (F45);

— другие невротические расстройства (F48).

Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации уже в МКБ-10 отнесены к самостоятельной, отличной от невротических расстройств рубрике, это же относится к соматоформным расстройствам (как сви-

детельствует название раздела). Однако последние традиционно [3] включались в соматические расстройства при неврозах.

Существуют другие рубрики МКБ-10, которые могут включать психогенные (невротические) расстройства [1]. К ним относятся нервная анорексия и булимия, которые не включены в невротические расстройства, а отнесены к расстройствам приема пищи (F 50) раздела «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами». В этом же разделе рассматриваются расстройства сна неорганической природы, разновидности половой дисфункции, не обусловленные органическим расстройством или заболеванием.

Однако теперь в МКБ-11 расстройства сна вынесены в новую отдельную 7-ю главу «Расстройства сна – бодрствования», то же самое произошло и с нарушениями сексуальной сферы, которые были вынесены в отдельную 17-ю главу «Нарушения сексуальной сферы». Нововведением стал и отказ от деления данных видов расстройств на органические и неорганические.

МКБ-11 предлагает новый подход к нервной булимии и нервной анорексии. Так, нервная булимия, как и нервная анорексия, теперь помещены в блок (L1–6B8) «Расстройства питания и пищевого поведения».

Для постановки диагноза нервной анорексии теперь не требуется обязательное наличие эндокринного нарушения. Присутствует деление по степени значительности снижения массы тела (значительно сниженное, опасно сниженное, нормальное в стадии восстановления) и ведущего паттерна в картине заболевания (ограничение пищи, переедание – очищение, неуточненный).

Нервная булимия в новой версии МКБ-11 может быть диагностирована вне зависимости от той массы тела, которая на данный момент есть у человека, но при условии, что ИМТ (индекс массы тела) не насколько низкий, чтобы подходить под критерии нервной анорексии. Самое важное изменение в постановке диагноза нервной булимии – это опора на субъективное восприятие человеком своих проблем с перееданием. Так, че-

ловек может испытывать дистресс и в том случае, когда он субъективно ощущает, что ест больше обычного или теряет контроль над приемами пищи, несмотря на то, какое количество еды он употребил на самом деле. Ранее МКБ-10 содержал более «объективные» требования к перееданию.

Таким образом, неврозы в МКБ-10 можно сгруппировать следующим образом: с преобладанием тревожно-фобического радикала, диссоциативные расстройства, соматоформные расстройства и другие невротические расстройства. Отличительными особенностями каждого невротического расстройства является симптоматика, возникающая после воздействия на человека психотравмирующей ситуации и формирующаяся на основе особенностей личности, а также особенности внутриличностного конфликта. Определенную роль в возникновении невротических расстройств играет психическая травма [4].

Тревога является наиболее характерным и типичным симптомом для невротических расстройств [2]. Многие симптомы и синдромы формируется именно на её основе. В МКБ-10 есть две рубрики, посвященные невротическим расстройствам с ведущим тревожным компонентом – это F40 «Тревожно-фобические расстройства» и F41 «Другие тревожные расстройства». Отличие одной группы расстройств от другой заключается в выраженности тревоги и её соотношении с другой симптоматикой.

В МКБ-11 часть расстройств данных рубрик были объединены и вынесены в новый блок – «Расстройства, связанные с тревогой и страхом» (6B0). Туда вошли следующие заболевания: генерализованное тревожное расстройство (6B00), паническое расстройство (6B01), агорафобия (6B02), специфическая фобия (6B03). Чувство тревоги и страх являются основным клиническим признаком выделения данной группы заболеваний, а каждое конкретное расстройство – «свой триггер»: например, для социально тревожного расстройства (6B03) – это страх оценки со стороны окружающих.

Важно отметить, что в англоязычной версии вместо привычного термина «фо-

бия» (phobic) используется термин «страх» (fear). Изменение представляется любопытным, так как имеется определенное содержательное различие между такими понятиями, как страх и фобия. Однако в названии самих заболеваний сохранено указание на фобический компонент, например агорафобия.

Теперь в рамках МКБ-11 главным условием для постановки диагноза «агарафобия» является наличие страха конкретных негативных последствий, которые могут привести к неспособности, беспомощности или смущению в социальных ситуациях, что отличается от более узкого понятия, содержащегося в МКБ-10, – страха перед открытыми пространствами и связанными с ними ситуациями, такими как толпа, откуда побег в безопасное место может быть затруднен.

Социальные фобии (F40.1) в МКБ-11 отсутствуют, однако имеется социальное тревожное расстройство (6B03), которое утратило некоторые ранее необходимые конкретные соматические диагностические критерии социальных фобий, такие как покраснение лица, дрожание рук, тошнота, постоянные позывы на мочеиспускание. Социальное тревожное расстройство в качестве критерия диагностики устанавливает срок (несколько месяцев) и степень тяжести симптомов, которые должны вызывать сильный дистресс и значительные нарушения в значимых сферах жизни человека.

В остальном диагностические критерии остаются схожими, так как предполагают переживание интенсивных чувств страха и тревоги в публичных ситуациях, ситуациях пристального внимания со стороны других людей и выражаются в избегании этих ситуаций человеком.

Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2), ранее относившееся к F41 «Другие тревожные расстройства», теперь отнесено к блоку «Депрессивные расстройства» (6A7). Диагностические критерии для данного заболевания остались прежними, за исключением того, что в новой версии МКБ-11 для постановки соответствующего диагноза необходимо, чтобы симптомы приводили к выраженному субъектив-

ному дистрессу или существенным нарушениям в важных сферах функционирования.

В данном блоке также появилось новое расстройство – сепарационное тревожное расстройство (6B05), которое проявляется в интенсивном чувстве страха и тревоги по поводу разлучения с теми лицами, к которым человек чрезмерно привязан. Следует подчеркнуть, что теперь такой диагноз может быть поставлен и взрослому человеку.

Что касается обсессивно-компульсивного расстройства, то оно и группа сходных расстройств в МКБ-11 вынесены в отдельный большой блок – «Обсессивно-компульсивные и сходные расстройства» (6B2) – на основании современных нейровизуализационных, генетических и нейрохимических исследований [6, 10].

Помимо обсессивно-компульсивного расстройства, туда вошли заболевания, ранее относившиеся к разным группам заболеваний: дисморфическое расстройство; патологическая озабоченность собственным запахом, ипохондрия, патологическое накопительство, патологические телесно-направленные повторяющиеся действия.

Дисморфическое расстройство и патологическая озабоченность собственным запахом являются новыми категориями, которые отсутствовали до этого в МКБ-10.

МКБ-11 сохранил основные критерии для определения обсессивно-компульсивного расстройства. Однако есть ряд изменений: например, навязчивые идеи теперь включают не только навязчивые мысли, но и нежелательные образы, побуждения, влечения.

Диагноз будет выставляться не на основании ведущего подтипа обсессивно-компульсивного расстройства (с преобладанием обсессии или компульсии), а зависеть от степени имеющейся критичности к симптомам: сохранной (удовлетворительной) или отсутствующей (сниженной).

Ещё одним нововведением для диагностики обсессивно-компульсивного расстройства является временной критерий: обсессии и компульсии должны занимать много времени в жизни человека, а именно более одного часа в день, и приводить к вы-

раженному дистрессу или значительным нарушениям в значимых сферах жизни.

Ипохондрия, ранее относившаяся к группе соматоформных расстройств (F45.2), теперь отнесена к группе обсессивно-компульсивных и сходных расстройств. Как уже указывалось выше, это сделано в связи с похожестью паттернов поведения, в случае с ипохондрией это связано с озабоченностью собственным здоровьем. Для данного заболевания, как и для обсессивно-компульсивного расстройства, предусмотрена постановка диагноза в зависимости от степени критичности к имеющимся симптомам.

В блоке расстройств, специфически связанных со стрессом (6B4), в отличие от невротических, главным критерием является их особая, специфическая связь со стрессовым, травмирующим событием или серией таких событий, а также с переживанием травмирующего опыта. Специфичность этой связи очень важна, т.к. невротические расстройства также возникают на фоне стресса, например депрессия.

Так, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) (ранее – F43.1, а теперь – 6B40) находится в МКБ-11 в разделе «Расстройства, специфически связанные со стрессом», где существенно сужена дефиниция для ПТСР. Появляется новая нозология – «Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство» (6B41), которая имеет некоторую схожесть с МКБ-10 F62.0 «Стойкое изменение личности после переживания катастрофы». Для комплексного ПТСР выполняются все те же диагностические критерии для ПТСР с дополнительными критериями:

1) имеются проблемы в регуляции аффекта;

2) в связи со стрессовым воздействием у человека появляются стойкие представления о себе как об униженном, раздавленном, ничемном, при этом такие представления сопровождаются чувством стыда, вины, провала;

3) имеются трудности в переживании чувства близости к другим людям, в поддержании отношений.

В данном блоке появилась новая нозология – «Пролонгированная реакция горя»

(6B42), которой ранее не было в МКБ-10; она предполагает затяжную реакцию на смерть близкого человека, которая выражается в стойкой, всеобъемлющей тоске, сильной эмоциональной боли, грусти по умершему и постоянной погруженности в мысли о покойном. Такое состояние должно продолжаться минимум 6 мес. и больше, явно превышая общепринятые социальные нормы. Однако для тех культур и религий, где более длительное протекание реакции горя является нормой, при соответствии реакции вышеуказанным диагностическими критериями диагноз не ставится.

Расстройство адаптации (6B43) также отнесено к расстройствам, специфически связанным со стрессом (6B4). Оно представляет собой дезадаптивную реакцию на психосоциальный стрессор, множественные стрессоры, включающие в себя, например, развод, болезнь, конфликты в семье и т.д. Расстройство обычно возникает в течение 1 мес. с момента воздействия стрессора, характеризуется чрезмерной озабоченностью стрессовым событием, последствиями этого события и приводит к неспособности адаптироваться к ситуации, вызывая значительные нарушения в различных сферах функционирования в жизни человека. Симптомы сохраняются на протяжении 6 месяцев и не могут быть объяснены никаким другим психическим расстройством.

В МКБ-10 расстройство адаптации (6B43) диагностировалось как расстройство приспособительных реакций (F43.2). Существенным изменением является то, что никаких доказательств валидности для подтипов расстройства адаптации, описанных в МКБ-10, нет, соответственно, в МКБ-11 они были исключены.

Острая реакция на стресс (F43.0) в МКБ-11 больше не рассматривается как психическое расстройство, являясь нормальной реакцией на стрессовое событие, и относится к блоку факторов, влияющих на состояние здоровья или связанных со здоровьем (24-я глава).

Группа диссоциативных (конверсионные) расстройств (F44) была существенно

изменена и упрощена. Из названия группы пропало указание на «конверсию». Диссоциативные расстройства движений и ощущений (F44.4–F44.7) теперь представлены как одно расстройство с 12 разными подтипами ведущих неврологических нарушений.

Диссоциативная амнезия (ранее – F44.0, сейчас – 6B61) в МКБ-11 включает диссоциативную фугу как дополнительный диагностический критерий (амнезия может быть как с фугой, так и без неё).

Транс и одержимость (F44.3), наоборот, были разделены и теперь представляют собой два разных диагноза: транс (6B62) и одержимость (6B62). Это связано с тем, что транс связан с более ограниченным набором действий.

Группа соматоформных расстройств (F45) теперь является группой расстройств телесных ощущений и переживаний (6C2) и включает в себя две категории: телесный дистресс и нарушение целостности восприятия своего тела. Происходит некоторое упрощение диагностики всех состояний, которые связаны с телесными симптомами, а также вводятся указатели тяжести заболевания: легкий, умеренный, тяжелый дистресс. Появляется новая диагностическая категория – нарушение целостности восприятия собственного тела (6C21).

Таким образом, невротические расстройства в рамках МКБ-10 можно сгруппировать в несколько блоков, которые выделяются на основании психопатологической симптоматики, возникающей вследствие воздействия на человека психической травмы, и проявляется в разнообразных клинических симптомах. Тем не менее все расстройства объединены под эгидой именно невротических, что отсылает к особенностям их появления, проявления и течения.

В МКБ-11 они находятся в разных частях классификатора, который построен на основании ведущего клинического признака в картине заболевания. Некоторые, например такие, как обсессивно-компульсивное расстройство, были выделены и объединены с другими заболеваниями, такими как ипо-

хондрия, на основании новейших генетических исследований и клинической полезности такого выделения [11].

Также для постановки диагноза ряда заболеваний в качестве важного диагностического признака было сохранено указание на особую роль психотравмирующей ситуации, например для ПТСР или расстройства адаптации.

Заключение

Таким образом, само понятие «невротическое расстройство» уходит из МКБ-11 и на первый план выходит монотематический подход в диагностике заболеваний, который объединяет расстройства в однородные группы. Конечно, по своей сути, невротические расстройства в их более традиционном понимании не исчезли, а новая версия МКБ отражает новые научные достижения, необходимые для специфических целей системы здравоохранения. Люди, как и прежде, будут встречаться с разнообразными психотравмирующими ситуациями, вызывающими различные психические и соматические нарушения.

МКБ-11 связана с классификацией DSM-5, принятой в США в 2013 г. В том же году появились не только статьи, но и монографии о её недостатках [8], к основным из которых можно отнести: расширение границ диагностики расстройств при стирании различий между нормой и патологией; ограниченное использование этиологических механизмов, по сравнению с преобладанием учета физиологических и патофизиологических механизмов расстройств, что не позволяет в должной мере разграничивать, например, психогенные (социально-психологической природы) и имеющие преимущественно биологические механизмы развития расстройства, по крайней мере, их легкие формы; угрозу расширенного применения психотропных препаратов (в силу вышесказанного) в противовес применения психотерапии. Похожие проблемы возникают при переходе на МКБ-11.

Литература

1. Абабков В.А., Исурина Г.Л., Мизинова Е.Б. Учение о неврозах: учеб. пособие. СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2012. 175 с.
2. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л.: Наука: Ленингр. отд-ние, 1988. 267 с.
3. Карвасарский Б.Д. Неврозы. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1990. 576 с.
4. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина: монография. М.: Городец, 2020. 595 с.
5. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: МКБ-10 / ВОЗ; пер. на рус. яз. под ред. Ю.Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. СПб.: Оверлайд, 1994. 303 с.
6. МКБ-11. Глава 06. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейropsychического развития. Статистическая классификация / под ред. Г.П. Костюка. М.: КДУ: Университет. кн., 2021. 432 с.
7. Психиатрия: нац. руководство / гл. ред. Ю.А. Александровский, Н.Г. Незнанов. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. 108 с.
8. Paris J. The intelligent clinician's guide to the DSM-5. New York: Oxford University Press, 2013. 232 с.
9. Reed G.M., First M.B., Kogan C.S. [et al.]. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders // *World Psychiatry*. 2019. Vol. 18, N 1. Pp. 3–19. DOI: 10.1002/wps.20611.
10. Stein D.J., Kogan C.S., Atmaca M. [et al.]. The classification of obsessive-compulsive and related disorders in the ICD-11 // *J. Affect. Disord.* 2016. Vol. 190. Pp. 663–674.
11. World Health Organization. ICD-11 for mortality and morbidity statistics (ICD-11 MMS) 2018 version. URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.

Поступила 09.10.2022 г.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией данной статьи.

Участие авторов: А.Р. Цупко – проведение дескриптивного методологического анализа, В.А. Абабков – введение, доработка и редактирование окончательного варианта статьи; Г.Л. Исурина – введение, доработка и редактирование окончательного варианта статьи.

Для цитирования: Цупко А.Р., Абабков В.А., Исурина Г.Л. Невротические расстройства: сравнительный анализ Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го и 11-го пересмотра // *Вестник психотерапии*. 2022. № 84. С. 100–107. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-84-100-107

A.R. Tsupko, V.A. Ababkov, G.L. Isurina

Neurotic disorders: a comparative analysis of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th vs 11th revision

Saint Petersburg State University (7–9, Universitetskaya embank, St. Petersburg, 199034, Russia)

✉ Anastasia Ruslanovna Tsupko – PhD Student, Department of Medical Psychology and Psychophysiology, Saint Petersburg State University (7–9, Universitetskaya embank, St. Petersburg, 199034, Russia), e-mail: J2G@inbox.ru;

Valentin Anatolyevich Ababkov – Dr. Med. Sci. Prof., Department of Medical Psychology and Psychophysiology, Saint Petersburg State University (7–9, Universitetskaya embank, St. Petersburg, 199034, Russia), e-mail: v.ababkov@spbu.ru;

Galina Lvovna Isurina – PhD Psychol. Sci. Prof., Department of Medical Psychology and Psychophysiology, Saint Petersburg State University (7–9, Universitetskaya embank, St. Petersburg, 199034, Russia), e-mail: gisurina@yandex.ru

Abstract

Relevance. On 01.01.2023, the 11th revision of International Statistical Classification of Diseases and Health-related Problems (ICD-11) will be introduced worldwide.

Intention. To conduct a comparative analysis of the changes made to the eleventh revision of the International Statistical Classification of Diseases and Health-Related Problems (ICD-11), which are associated with the concept of «neurotic disorders».

Methodology. A descriptive methodological analysis of two editions of the International Statistical Classification of Diseases and Health-Related Problems – 10 (ICD-10) and 11 (ICD-11) was used.

Results and Discussion. The concept of «neurotic disorder» leaves the ICD-11 and a monothematic approach to the diagnosis of diseases comes to the fore, which unites disorders into homogeneous groups in essence. Neurotic disorders in their more traditional sense have not disappeared, and the new version of the ICD reflects new scientific achievements necessary for specific purposes of the health system.

Conclusion. The results of the analysis demonstrate how the classification of neurotic disorders is organized now, in the new version of ICD-11. The article is intended primarily for doctors and clinical psychologists

Keywords: psychiatry, public health organization, classification of diseases, ICD-11, neurotic disorders, clinical psychology.

References

1. Ababkov V.A., Isurina G.L., Mizinova E.B. Uchenie o nevrozakh [The doctrine of neuroses]. St. Petersburg. 2012. 175 p. (In Russ.)
2. Berezin F.B. Psikhicheskaya i psikhofiziologicheskaya adaptatsiya cheloveka [Mental and psychophysiological adaptation of a person]. Leningrad. 1988. 267 p. (In Russ.)
3. Karvasarskii B.D. Nevrozy [Neuroses]. Moscow. 1990. 576 p. (In Russ.)
4. Mendelevich V.D., Solov'eva S.L. Nevrozologiya i psikhosomaticheskaya meditsina [Neurosology and psychosomatic medicine]. Moscow. 2020. 595 p. (In Russ.)
5. Mezhdunarodnaya klassifikatsiya boleznei (10-i peresmotr). Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroistv: MKB-10 [5. International Classification of Diseases (10th revision). Classification of mental and behavioral disorders: ICD-10]. St. Petersburg. 1994. 303 p. (In Russ.)
6. MKB-11. Glava 06. Psikhicheskie i povedencheskie rasstroistva i narusheniya neiropsikhicheskogo razvitiya. Statisticheskaya klassifikatsiya [ICD-11. Chapter 06. Mental and behavioral disorders and disorders of neuropsychic development. Statistical classification]. Ed. G.P. Kostyuk. Moscow. 2021. 432 p. (In Russ.)
7. Psikhiatriya: natsional'noe rukovodstvo [Psychiatry: national leadership]. Eds.: Yu.A. Aleksandrovskii, N.G. Neznanov. Moscow. 2020. 108 p. (In Russ.)
8. Paris J. The intelligent clinician's guide to the DSM-5. New York: Oxford University Press. 2013. 232 p.
9. Reed G.M., First M.B., Kogan C.S. [et al.]. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*. 2019; 18(1):3–19. DOI: 10.1002/wps.20611.
11. Stein D.J., Kogan C.S., Atmaca M. [et al.]. The classification of obsessive-compulsive and related disorders in the ICD-11. *J. Affect. Disord.* 2016; 190:663–674.
12. World Health Organization. ICD-11 for mortality and morbidity statistics (ICD-11 MMS) 2018 version. URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.

Received 09.10.2022

For citing: Tsupko A.R., Ababkov V.A., Isurina G.L. Nevroticheskie rasstroistva: sravnitel'nyi analiz Mezhdunarodnoi statisticheskoi klassifikatsii boleznei i problem, svyazannykh so zdorov'em 10-go i 11-go peresmotra. *Vestnik psikhoterapii*. 2022; (84):100–107. (In Russ.)

Tsupko A.R., Ababkov V.A., Isurina G.L. Neurotic disorders: a comparative analysis of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th vs 11th revision. *Bulletin of Psychotherapy*. 2022; (84):100–107. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-84-100-107