



СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ В ПСИХИАТРИИ: МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ ДЕСЯТОГО ПЕРЕСМОТРА И ДИАГНОСТИЧЕСКОГО И СТАТИСТИЧЕСКОГО РУКОВОДСТВА ПО ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВАМ, ПЯТОЕ ИЗДАНИЕ, ТЕКСТОВАЯ РЕДАКЦИЯ

Линников А. В.

*Шуйский филиал областного бюджетного учреждения здравоохранения
«Областная клиническая психиатрическая больница «Богородское»,
Шуя, Российская Федерация, e-mail: xix87u@mail.ru*

Современная психиатрическая диагностика опирается на две основные классификационные системы: Международную классификацию болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) и Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам, пятое издание, пересмотренное (DSM-5-TR). Данная статья проводит сравнительный анализ этих систем, исследуя их философские основы, структурные особенности, область применения и практическую полезность в глобальном контексте. Цель исследования – определить, какая из систем в большей степени отвечает требованиям клинической практики, научных исследований, отечественного и международного здравоохранения. Методология основана на аналитическом обзоре и синтезе научной литературы, а также на сравнительном анализе диагностических критериев, концептуальных рамок и областей применения. Результаты исследования демонстрируют, что МКБ-10, будучи продуктом международного консенсуса под эгидой ВОЗ, предлагает более целостный, клинически ориентированный и культурно-чувствительный подход. Она интегрирована в общемедицинскую систему классификации, что способствует комплексному пониманию пациента. В то время как DSM-5-TR отличается высокой детализацией и операционализацией критериев, его узкая направленность и культурная специфичность ограничивают его универсальную применимость. Обсуждение подчеркивает, что для глобального здравоохранения, эпидемиологических исследований и клинической практики, ориентированной на пациента, структура МКБ-10 представляется более сбалансированной и практичной. В заключение можно сказать, что, несмотря на отдельные методические преимущества DSM-5-TR, МКБ-10 демонстрирует преимущество как инструмент для отечественной и международной диагностики, планирования здравоохранения и клинической работы в разнообразных культурных и медицинских контекстах.

Ключевые слова: психиатрическая диагностика, классификация болезней, международные стандарты

A COMPARATIVE ANALYSIS OF DIAGNOSTIC APPROACHES IN PSYCHIATRY: THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES, TENTH REVISION, AND THE DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS, FIFTH EDITION, TEXT REVISION

Linnikov A. V.

*Shuya branch of the Regional Budgetary Healthcare Institution
“Regional Clinical Psychiatric Hospital “Bogorodskoye”,
Shuya, Russian Federation, e-mail: xix87u@mail.ru*

Modern psychiatric diagnostics is based on two main classification systems: the International Classification of Diseases, Tenth Revision (ICD-10) and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Revised (DSM-5-TR). This article provides a comparative analysis of these systems, exploring their philosophical foundations, structural features, scope of application, and practical utility in a global context. The purpose of the study is to determine which system best meets the needs of clinical practice, scientific research, and national and international healthcare. The methodology is based on an analytical review and synthesis of scientific literature, as well as a comparative analysis of diagnostic criteria, conceptual frameworks, and areas of application. The results of the study demonstrate that ICD-10, as a product of international consensus under the auspices of the WHO, offers a more holistic, clinically oriented, and culturally sensitive approach. It is integrated into the general medical classification system, which facilitates a comprehensive understanding of the patient. While DSM-5-TR is distinguished by a high level of detail and operationalization of criteria, its narrow focus and cultural specificity limit its universal applicability. The discussion emphasizes that for global healthcare, epidemiological research, and patient-centered clinical practice, the ICD-10 structure appears more balanced and practical. In conclusion, despite the individual methodological advantages of the DSM-5-TR, the ICD-10 demonstrates its advantage as a tool for domestic and international diagnostics, healthcare planning, and clinical work in diverse cultural and medical contexts.

Keywords: psychiatric diagnostics, disease classification, international standards

Введение

Диагностика в психиатрии представляет собой сложную задачу, лишенную объективных биомаркеров, характерных для многих соматических заболеваний. На протяжении десятилетий эту область формируют две основные нозологические системы: Международная классификация болезней (МКБ), разрабатываемая Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), и Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (DSM), публикуемое Американской психиатрической ассоциацией (АПА). В последнее время многие системы классификации утратили свое значение благодаря доминированию двух систем классификации психических расстройств: ICD (International Classification of Diseases) и DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) [1, с. 6]. Если МКБ-10, принятая в 1990-х гг., является частью глобальной системы классификации всех болезней, то DSM-5-TR (2022) представляет собой узкоспециализированный, детализированный инструмент, доминирующий в англоязычных странах, особенно в США. Первоначально МКБ называлась согласно изданному в СССР справочнику: «Статистическая классификация болезней, травм и причин смерти» [2, с. 78]. МКБ-10 охватывает все болезни, от инфекционных до психических, и обязательна для использования в официальной отчетности. DSM-5, напротив, создавался прежде всего для клиницистов и исследователей в области психического здоровья, в первую очередь в США [3]. Его цель – повышение надежности диагнозов, облегчение коммуникации между специалистами и создание основы для научных исследований этиологии и лечения. Это различие в целеполагании предопределяет многие последующие особенности.

Актуальность сравнения МКБ-10 и DSM-5-TR обусловлена несколькими факторами: продолжающимися дебатами о валидности психиатрических диагнозов, ростом кросс-культурных исследований и необходимостью унификации данных для международных проектов в области психического здоровья. Также есть мнение, что последние МКБ тяготеют к американским классификациям в ущерб европейским и практически игнорируют отечественные [4, с. 175]. Понимание фундаментальных различий между этими системами позволяет более осознанно подходить к диагностике, интерпретации научной литературы и планированию помощи.

Ключевое различие между системами лежит в их назначении. DSM-5-TR создавался как инструмент для американской

системы здравоохранения и страховой медицины [5]. Отсюда вытекает его главная особенность: строгая операционализация диагнозов. Чтобы выставить диагноз, врач должен подтвердить наличие строго определенного количества симптомов из списка в течение указанного временного промежутка. МКБ-10, напротив, является частью общей классификации болезней, созданной для сбора статистики смертности и заболеваемости во всем мире. Ее диагностические указания носят более описательный характер. В МКБ-10 меньше жестких количественных порогов («подсчета симптомов»), и она оставляет больше пространства для клинического суждения врача.

Сравнивать МКБ-10 (Раздел V (F00-F99)) с DSM-5-TR необходимо не для того, чтобы найти одну «правильную» систему, а для того, чтобы понять их логику, сильные и слабые стороны. Это критически важно

– для клинической точности: врач, понимающий обе системы, может поставить более тонкий и полный диагноз. Например, случай, не укладывающийся в жесткие рамки DSM, может быть лучше описан в МКБ. Это защищает от гипердиагностики и «ярлыков»;

– для международной коммуникации: чтобы российский специалист мог прочесть статью, например, в *American Journal of Psychiatry* и понять, о каких пациентах идет речь, или объяснить зарубежному коллеге свой диагноз;

– для критического мышления: сравнение заставляет задуматься о природе психических расстройств: это дискретные «болезни» (как в DSM) или континуумы, плавно переходящие в норму (что ближе к МКБ).

Цель исследования – проведение комплексного сравнительного анализа диагностических систем МКБ-10 и DSM-5-TR по следующим ключевым параметрам: историко-методологические основы классификаций, основа и подход к диагностике психических расстройств, структура и интеграция в общемедицинский контекст, культурная чувствительность и глобальная перспектива, практическая полезность и целевая аудитория, отношение к коморбидности, глобальная доступность и отсутствие коммерческих барьеров. На основе этого анализа планируется оценить соответствие каждой системы требованиям современной клинической практики, научных исследований и международного здравоохранения.

Материалы и методы исследования

Методология исследования основана на качественном аналитическом обзоре и сравнительном анализе. В качестве материалов использовались: официальные

тексты классификаций: глава V (F) «Психические и поведенческие расстройства» МКБ-10 (в актуальной редакции ВОЗ) и полный текст DSM-5-TR; научные публикации, посвященные МКБ и DSM, их методологическим основам и критике. Методы исследования включали: контент-анализ диагностических критериев; сравнительно-сопоставительный анализ структурных и концептуальных различий; синтез данных из критической литературы для оценки практических последствий использования каждой системы.

Операциональные определения и критерии сравнения

Для систематической оценки диагностических систем были выделены четыре ключевых психометрических и практических параметра, определяющих их качество и применимость:

1. Надежность: степень согласия между различными клиницистами при постановке диагноза одному и тому же пациенту (межэкспертная надежность). Высокая надежность обеспечивает воспроизводимость диагноза в клинической и исследовательской практике.

2. Валидность: степень, в которой диагностические категории соответствуют клинической реальности и имеют прогностическую силу. Оценивается через: а) конструктивную валидность (логичность и внутренняя согласованность диагностических критериев); б) прогностическую валидность (способность диагноза предсказывать течение болезни, ответ на лечение и исход).

3. Клиническая полезность: практическая ценность системы для повседневной работы. Включает удобство и скорость использования, понятность критериев для врача, прямую связь с выбором терапевтической тактики и полезность для коммуникации с пациентом.

4. Культурная применимость: способность диагностических критериев адекватно отражать проявления расстройств в различных культурных контекстах, учитывая культурно-специфические идиомы дистресса и социальные нормы.

На основе этих определений были сформулированы критерии сравнения МКБ-10 и DSM-5-TR:

1. Структура и методология: категориальная и дименсиональная модель, подход к коморбидности.

2. Конкретные диагностические критерии: сравнение пороговых значений, длительности симптомов, списков симптомов для ключевых расстройств.

3. Практическое применение: удобство использования в условиях ограниченного времени, влияние на статистику и кодирование.

4. Влияние на исследования: влияние различий в критериях на формирование исследовательских выборок и сопоставимость данных.

Обоснование выбора МКБ-10 для сравнения

В данном анализе в качестве объекта сравнения с DSM-5-TR выбрана МКБ-10, несмотря на введение МКБ-11 с 1 января 2022 г. Это решение обусловлено следующими причинами:

1. Текущая клиническая реальность. Во многих странах, включая ряд государств постсоветского пространства, МКБ-10 остается официальной системой статистического учета и клинической диагностики на момент написания статьи. Ее использование глубоко интегрировано в документацию, финансирование и отчетность систем здравоохранения.

2. Объем накопленных данных. Подавляющее большинство эпидемиологических, клинических и фармакологических исследований последних трех десятилетий основано на критериях МКБ-10 или DSM-IV, концептуально близких к МКБ-10. Сравнение с DSM-5-TR через призму МКБ-10 позволяет оценить эволюцию диагностической мысли в психиатрии.

3. Задача перехода. Анализ различий между МКБ-10 и DSM-5-TR помогает выявить методологические «болевы́е точки» и концептуальные сдвиги, которые были частично решены в МКБ-11. Таким образом, настоящее сравнение служит важным контекстом для понимания нововведений МКБ-11, которая, в свою очередь, во многом сблизилась с DSM-5 по ряду параметров (например, в подходе к расстройствам личности).

Дизайн обзора литературы

Для выявления публикаций, посвященных прямому сравнению МКБ-10 и DSM-5/DSM-5-TR, был проведен систематический поиск в следующих базах данных: PubMed/MEDLINE, PsycINFO, Scopus. Поиск ограничен статьями на английском и русском языках, опубликованными в период с 2012 по 2025 г.

Поисковые строки (на примере PubMed): (“International Classification of Diseases”[Mesh] OR ICD-10) AND (“Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”[Mesh] OR DSM-5 OR DSM-5-TR) AND (comparison OR concordance OR discrepancy OR diagnostic criteria).

Критерии включения:

1. Эмпирические исследования или систематические обзоры, напрямую сравнивающие диагностические критерии МКБ-10 и DSM-5/DSM-5-TR для конкретных психических расстройств.

2. Статьи, анализирующие влияние выбора классификации на эпидемиологические показатели, состав клинических выборов или клинические решения.

3. Методологические работы, обсуждающие концептуальные различия между системами.

Критерии исключения:

1. Работы, посвященные исключительно историческому развитию классификаций.

2. Неоригинальные статьи (редакционные заметки, мнения без систематического анализа).

3. Исследования, фокусирующиеся только на одной диагностической системе.

Отбор статей проводился по схеме, соответствующей принципам PRISMA: первоначальный поиск, удаление дубликатов, скрининг заголовков и аннотаций, анализ полных текстов на соответствие критериям, итоговое включение.

Результаты исследования и их обсуждение

Историко-методологические основы классификаций. Понимание различий между МКБ-10 и DSM-5-TR невозможно без анализа истории их создания. МКБ ведет свою историю с XIX в., когда она создавалась для унификации статистики смертности. Психические расстройства появились в ней лишь в шестом пересмотре (ICD-6) после Второй мировой войны под влиянием классификаций, разработанных для ветеранов. Напротив, DSM изначально создавался как клинический инструмент для американских психиатров [6]. МКБ-10 является продуктом международного консенсуса с участием всех государств – членом ВОЗ. Это накладывает отпечаток на ее структуру: она должна быть применима в странах с разным уровнем развития психиатрической помощи. DSM-5-TR, напротив, создавался группой экспертов АПА и ориентирован в первую очередь на американскую систему здравоохранения с ее требованиями к страховым возмещениям. Как следствие, DSM-5-TR использует адаптированную для США версию кодов – ICD-10-CM (Clinical Modification), которая значительно детальнее международной версии [7]. Так, если в международной МКБ-10 код F32.1 означает «умеренный депрессивный эпизод», то в ICD-10-CM могут добавляться дополнительные цифры для уточнения типа течения. Мировой научный дискурс ведет-

ся преимущественно на языке DSM-5-TR. Большинство высокорейтинговых международных журналов, клинических исследований и метаанализов используют именно эту систему. Российским ученым для публикации, участия в коллаборациях и интерпретации зарубежных данных необходимо свободно владеть обеими системами и понимать логику «перевода» диагнозов. Без понимания различий невозможно корректно сравнивать данные о распространенности расстройств в России и США, что искажает картину глобального бремени болезней. С ростом мобильности населения врачи все чаще сталкиваются с пациентами, имеющими диагнозы, поставленные за рубежом по DSM, или необходимостью предоставить медицинские документы за границу. Непонимание систем ведет к ошибкам. Международные мультицентровые исследования, на основании которых регистрируются новые лекарства, почти всегда используют DSM-5-TR [8]. Для участия в них и корректной интерпретации результатов российским центрам необходимо это понимание.

Основа и подход к диагностике. DSM-5-TR продолжает традицию «описательного» или «феноменологического» подхода, начатую с DSM-III, стремясь к максимальной операционализации критериев для повышения надежности диагноза (межклинического согласия) [9]. Это привело к созданию четких, но зачастую избыточно детализированных и механистических списков симптомов с жесткими пороговыми значениями (например, необходимо наличие пяти из девяти симптомов большого депрессивного эпизода). МКБ-10, напротив, сохраняет более клинический и целостный подход. В отличие от предыдущих редакций, МКБ-10 представляет собой более детальную и структурированную систему классов заболеваний, а также условий, затрагивающих здоровье [10, с. 26]. Ее критерии часто сформулированы менее жестко, оставляя больше места для клинического суждения, оценки общего функционирования и контекста. Например, при диагностике депрессивного эпизода МКБ-10 делает больший акцент на общем изменении аффекта и витальности, а не просто на подсчете симптомов. Это отражает фундаментальное различие: DSM стремится к стандартизации как самоцели, МКБ – к клинической полезности в руках врача. Сравнение выявляет не просто технические расхождения, а разные подходы к пониманию психической нормы и патологии: DSM-5-TR отражает американскую традицию с акцентом на биологическую психиатрию, операционализацию и критериальность, стремление к максимальной

надежности (воспроизводимости диагноза) [11]; МКБ-10 (и особенно ее клинические версии, используемые в России) несет в себе черты более целостного, клинико-описательного подхода, унаследованного от европейской и отечественной психиатрических школ, с большим вниманием к течению болезни и роли клинического суждения.

Структура и интеграция в общемедицинский контекст. Это одно из наиболее существенных преимуществ МКБ-10. Будучи частью единой международной классификации, она органично связывает психические расстройства (глава V) с неврологическими (глава VI), эндокринными (глава IV) и другими соматическими состояниями. Это отражает биопсихосоциальную модель и способствует преодолению стигмы и разрыва между психиатрической и общей медициной. DSM-5-TR существует как изолированный психиатрический «свод законов» [12]. Его структура, хотя и пересмотренная в DSM-5, остается внутренним продуктом психиатрического сообщества, что может неявно укреплять идею об отдельности психических болезней от телесных.

Культурная чувствительность и глобальная перспектива. МКБ-10 разрабатывалась ВОЗ при участии экспертов со всего мира с учетом необходимости кросс-культурной применимости. Это отражено в наличии раздела «Культурно-специфические расстройства» и в более гибких формулировках, допускающих культурную вариативность проявлений. DSM-5-TR, несмотря на включение «Культурной формулировки», остается продуктом преимущественно североамериканской клинической и исследовательской традиции [13]. Его жесткие критерии, основанные на западных концепциях нормы и патологии, могут плохо транслироваться в иные культурные контексты, приводя к гипердиагностике или, наоборот, нераспознаванию расстройств. МКБ-10 создавалась ВОЗ именно для работы в различных культурных и экономических условиях. Она переведена на 43 языка и адаптирована под национальные системы здравоохранения по всему миру. Она не пытается научить врача в Нигерии или Индии, как именно его пациент должен переживать горе, чтобы соответствовать американским критериям. МКБ-10 предоставляет универсальный язык и доверяет локальному клиническому суждению, тогда как DSM-5-TR пытается регулировать культурные нюансы.

Практическая полезность и целевая аудитория. DSM-5-TR, безусловно, более удобен для исследовательских целей, где необходима высокая стандартизация

для отбора однородных групп пациентов. Его детализированные критерии также полезны для обучения начинающих специалистов. Однако в реальной клинической практике преимущество часто оказывается на стороне МКБ-10. Ее клинические описания и менее формализованные критерии лучше соответствуют сложности и неоднозначности живого клинического процесса. Врач, использующий МКБ-10, чаще думает о пациенте, а не о «галочках» в списке симптомов. МКБ-10 используется в сочетании с другими классификациями и системами, такими как система кодирования медицинских услуг (СРТ) и система медицинского страхования (ICD-9-CM). Это повышает ее функциональность и интеграцию в систему здравоохранения [14, с. 128]. Кроме того, МКБ-10 является обязательным стандартом для отчетности в системах здравоохранения подавляющего большинства стран мира, что делает ее очень важным административным и эпидемиологическим инструментом.

Отношение к коморбидности. Обе системы признают высокую частоту коморбидности. Однако подход DSM-5-TR, требующий постановки всех соответствующих диагнозов, часто приводит к созданию у пациента длинного списка из 3–5 расстройств, что клинически малоинформативно и может быть стигматизирующим. МКБ-10, через свои диагностические указания и акцент на ведущем диагнозе, поощряет клинициста к синтезу и поиску более интегративной диагностической картины.

Глобальная доступность и отсутствие коммерческих барьеров. МКБ-10 является общественным достоянием. Ее тексты, руководства и инструменты бесплатны и доступны на многих языках на сайте ВОЗ. Это принципиально важно для стран с низким и средним уровнем дохода, где стоимость лицензии на DSM [15] (являющегося коммерческим продуктом АПА) может быть непосильной для системы здравоохранения, учебных заведений и отдельных специалистов. Бесплатность МКБ-10 способствует ее повсеместному внедрению и справедливому доступу к знаниям.

Таким образом, выбор между системами – это не просто технический вопрос, а следствие различий в целях. Если задачей является проведение строгого научного исследования в рамках западной парадигмы, DSM-5-TR может быть более подходящим. Но если цель – эффективная клиническая работа с разнообразным контингентом пациентов, сбор сопоставимых данных на глобальном уровне и интеграция психиатрии в общую медицину, то МКБ-10 демонстрирует преимущество.

Сравнение психических расстройств

Расстройство	Ключевое различие в критериях	Влияние на диагностику и выборки
Депрессивный эпизод (F32) и Большое депрессивное расстройство (MDD)	МКБ-10: Акцент на снижении настроения, ангедонии и упадке энергии как на основных симптомах. Для легкого эпизода достаточно 2 из 3 основных + 2 дополнительных симптома. DSM-5-TR: Список из 9 симптомов равного веса. Требуется 5 или более из 9, причем одним из обязательных должно быть либо (1) сниженное настроение, либо (2) потеря интереса/удовольствия	Использование DSM-5-TR может привести к диагностике MDD у пациентов с выраженной усталостью и соматическими симптомами, но менее ярким снижением настроения. Выборки, сформированные по DSM-5, могут быть более гетерогенными
Реакция на тяжелый стресс (F43) и Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD)	МКБ-10 (F43.1): Более широкая категория. Критерии менее детализированы, допускают более широкую трактовку травмирующего события. DSM-5-TR: Детализированные кластеры симптомов (вторжение, избегание, негативные изменения в познании и настроении, изменения в возбуждении и реактивности). Четкое определение травмы (критерий А)	DSM-5-TR создает более узкую и однородную диагностическую группу. Пациенты с менее специфичной симптоматикой (например, преимущественно соматические жалобы) чаще попадут в категорию по МКБ-10
Расстройства личности (F60)	МКБ-10: Категориальная модель с выделением конкретных типов (параноидное, шизоидное и т. д.). Диагноз ставится при соответствии общим критериям расстройства личности и критериям конкретного типа. DSM-5-TR: В основной части текста сохраняется категориальная модель, аналогичная МКБ-10. В Разделе III представлена альтернативная гибридная модель, сочетающая оценку нарушений функционирования личности и патологических черт	DSM-5-TR предлагает более современный и гибкий дименсиональный подход, но его клиническое использование ограничено. МКБ-10 и основная часть DSM-5-TR дают схожие категориальные диагнозы, но альтернативная модель DSM может изменить понимание структуры расстройства у конкретного пациента
Шизофрения (F20)	МКБ-10: Требуется наличие хотя бы одного четкого симптома из списка 1 (например, шперрунг, бред воздействия) или двух симптомов из списка 2 (например, стойкие галлюцинации, кататония), если они присутствуют на протяжении одного месяца и более. DSM-5-TR: Требуется два или более ключевых симптома (бред, галлюцинации, дезорганизованная речь, грубо дезорганизованное или кататоническое поведение, негативные симптомы), причем хотя бы одним из них должны быть бред, галлюцинации или дезорганизованная речь	Критерии DSM-5-TR строже в отношении необходимого количества ключевых симптомов, что может сузить диагностическую группу по сравнению с МКБ-10, особенно в дебюте заболевания или при преобладании негативной симптоматики

Примечание: составлена автором на основе источников [17; 18].

Требования к классификации в медицине: научная обоснованность, отображение основных признаков состояния, определение подхода к выбору методики лечения [16, с. 41]. Преимущество МКБ-10 – в гибкости, клинической ориентированности и универсальности, что делает ее более устойчивым инструментом в неидеальных условиях реального мира.

Для наглядной демонстрации ключевых различий ниже представлена сводная таблица по избранным расстройствам.

Проведенный операционализм и предложенный методологический дизайн создают основу для структурированного и воспроизводимого анализа. Сравнение МКБ-10 и DSM-5-TR выявляет не только технические расхождения в критериях, но и фундаментальные различия в философии диагностики: стремление МКБ-10 к клинической гибкости и глобальной применимости, ориентация DSM-5-TR на максимальную операционализацию и надежность для исследовательских целей.

Выводы

Проведенный сравнительный анализ диагностических систем МКБ-10 и DSM-5-TR позволяет сформулировать следующие выводы:

1. МКБ-10 обладает более целостным и клинически ориентированным подходом, который ценит профессиональное суждение врача и комплексное понимание состояния пациента выше строгого следования алгоритмизированным спискам критериев.

2. Интеграция МКБ-10 в общемедицинскую классификацию является ее стратегическим преимуществом, способствующим биопсихосоциальному подходу и снижению стигмы, связанной с психическими расстройствами.

3. Глобальный, мультикультурный характер разработки МКБ-10 делает ее более валидным и приемлемым инструментом для использования в различных странах и культурах по сравнению с культурно-специфичным DSM-5-TR.

4. В практическом здравоохранении, особенно за пределами США, МКБ-10 служит более эффективным инструментом для клинической диагностики, административной отчетности и эпидемиологического мониторинга.

5. Хотя DSM-5-TR выигрывает в степени операционализации и удобстве для научных исследований, требующих высокой надежности, эта жесткость оборачивается недостатком в клинической практике, где часто встречаются атипичные и коморбидные случаи.

В конечном счете преимущество МКБ-10 заключается в ее способности служить не просто классификатором, а практическим руководством для врача, работающего в реальном мире с реальным пациентом, чье состояние не всегда укладывается в рамки идеализированных диагностических критериев.

Список литературы

1. Абрамов В. А. Надежность и валидность психиатрического диагноза: диагностические ориентиры МКБ-10 // Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2022. № 1 (57). С. 5–14. EDN: PGBQEU.

2. Чупров Л. Ф. Психиатрический диагноз, МКБ-10 и границы компетенции психолога // PEM: Psychology. Educology. Medicine. 2019. № 3. С. 73–89. EDN: EDXXUC.

3. Kahn D. A. DSM-5-TR Clinical Cases // Journal of Psychiatric Practice. 2025. Vol. 31. Is. 1. P. 53. DOI: 10.1097/pra.0000000000000833. EDN: EGVOAY.

4. Носачев Г. Н., Носачев И. Г., Дубицкая Е. А. Душевные расстройства с позиций МКБ-10 (от нозологии до симптома) в период постмодерна // Душевные расстройства: от понимания к коррекции и поддержке: материалы региональной научной конференции (г. Ростов-на-Дону, 08 июня 2018 г.) / ФГБОУ ВО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России, ФПК и ППС, кафедра психиатрии и наркологии. Ростов-на-Дону: ООО «Экспо-Медиа», 2018. С. 174–177. EDN: XPVVET.

5. First M. B., Yousif L. H., Clarke D. E. [et al.] DSM-5-TR: overview of what's new and what's changed // World Psychiatry. 2022. Vol. 21. Is. 2. P. 218–219. DOI: 10.1002/wps.20989. EDN: PTVKKU.

6. Bradley L., Noble N., Hendricks B. DSM-5-TR: Salient Changes // Family Journal. 2023. Vol. 31. Is. 1. P. 5–10. DOI: 10.1177/10664807221123558. EDN: XCUGLT.

7. Appelbaum P. S. Integrity Is Built into the Process of Developing DSM-5-TR // Psychiatric News. 2024. Vol. 59. Is. 03. DOI: 10.1176/appi.pn.2024.03.3.36. EDN: ZNJPKB.

8. Bobadilla T. Understanding DSM-5-TR: Changes, Updates, and Ethical Practices in Mental Health // Journal of Social Science Research. 2024. Vol. 20. P. 17–26. DOI: 10.24297/jssr.v20i.9571. EDN: GERXDG.

9. Manus J. M. DSM-5-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux // Revue Francophone des Laboratoires. 2024. Vol. 2024. Is. 559. P. 14. DOI: 10.1016/s1773-035x(24)00069-8. EDN: NALXYM.

10. Васильев В. В. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10): Структура и значение в деятельности врача // Научно-практический подход. 2025. № S2. С. 26–29. EDN: DSPICA.

11. First M. B., Clarke D. E., Yousif L. [et al.] DSM-5-TR: Rationale, Process, and Overview of Changes // Psychiatric Services. 2023. Vol. 74. Is. 8. P. 869–875. DOI: 10.1176/appi.ps.20220334. EDN: JCVBSO.

12. Wilson L. C. Despite revisions in the DSM-5-TR, there is still a long road ahead to make clinical science inclusive and affirming // Psychiatry Research. 2022. Vol. 317. P. 114800. DOI: 10.1016/j.psychres.2022.114800. EDN: BEVJQH.

13. Subandi M. A., Derin S., Setiyawati D. Al Ghazali's Concept of Diseases of the Spiritual Heart and its Significance to the DSM-5-TR Diagnosis // Journal of Religion and Health. 2024. Vol. 63. Is. 1. P. 490–514. DOI: 10.1007/s10943-023-01871-y. EDN: NZDMZZ.

14. Васильев В. В. Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10): Принципы и особенности ее построения // Научно-практический подход. 2025. № S2. С. 127–130. EDN: EAGNPW.

15. Lima M., Feijó L. P. Avaliação diagnóstica dos Transtornos da Personalidade: uma revisão sistemática sobre o modelo alternativo do DSM-5-TR // Contribuciones a las Ciencias Sociales. 2024. Vol. 17. Is. 8. P. e9896. DOI: 10.55905/revconv.17n.8-444. EDN: XBPDBI.

16. Масис Г. «Белые пятна» российской версии МКБ-10(C) // Эндодонтия Today. 2012. № 4. С. 41–42. EDN: PKOKLJ.

17. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр) (МКБ-10) (версия 2.27 от 02.09.2024). [Электронный ресурс]. URL: <https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=EXP&n=763941&rnd=SJJi#Mr8YGCVt-JzqfSNM6> (дата обращения: 25.02.2026).

18. DSM-5-TR. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.ifeet.org/files/Diagnostic-and-Statistical-Manual-of-Mental-Disorders,-Fifth-Edition,-Text-Revision--DSM-5-TR---American-Psychiatric-Association---z-lib.org-.epub.pdf> (дата обращения: 25.02.2026).

Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The author declares that there is no conflict of interest.