

ОБСУЖДЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

УДК 616.89–053.005

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ДЕТСКОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В СОВРЕМЕННЫХ КЛАССИФИКАЦИЯХ**Ю. С. Шевченко, А. А. Северный***Российская медицинская академия последипломного образования,
НЦ психического здоровья РАМН, Ассоциация детских психиатров и психологов*

Представление о нозологических формах и синдромах не является стабильным, так как отражает уровень развития медицинской науки, в первую очередь, знаний по этиологии и патогенезу болезней. В связи со сложностью установления последних систематизация психических расстройств строится на эклектических началах, как это сделано в действующей версии Международной классификации болезней (МКБ-10). В одних случаях болезни группируются на основании общности основной сферы поражения психики (например, рубрика «расстройства настроения/аффективные расстройства»), в других – в связи с наличием признаков первичного или вторичного поражения материального субстрата – головного мозга (рубрика «органические, включая симптоматические, психические расстройства»), в третьих – на основании гипотетического единства эндогенных патогенетических механизмов («шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства»), в четвертых – по клинко-этиологическому принципу («невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства»), в пятых – на основании близости уровня нарушенного функционирования и отсутствия при этом отчетливых структурно-анатомических повреждений, («поведенческие синдромы, связанные с физиологическими и физическими факторами»), в шестых – ориентируясь на возраст окончательного структурирования аномалии психики и выраженной дезадаптации личности, хотя их начальные проявления могут наблюдаться задолго до этого («расстройства личности и поведения в зрелом возрасте»).

Отсутствие единого принципа классификации обуславливает включение в одну рубрику синдромов различной природы, что затрудняет этиопатогенетическое обоснование терапии. Пожалуй, единственной нозологической единицей, выделенной на основании этиопатогенетического принципа, является «посттравматическое стрессовое расстройство». В остальных же случаях этиология и патогенез фигурируют в отрыве друг от друга, а то и вовсе отсутствуют в названии диагностической формы.

Отсюда многим отечественным детско-подростковым психиатрам, «воспитанным» на нозологической парадигме предшествующей классификации, все еще трудно «втиснуть» свои представления о диагностике психических расстройств в систематику, лишенную по сути принципа течения заболевания, его исхода и прогноза, основанную на одномоментной фиксации состояния больного, на сугубо формализованных критериях диагностической оценки состояния (в частности, необходимости набора определенного количества признаков независимо от диагностического «веса» того или иного признака).

Некоторые «детские» диагнозы вообще лишены клинического содержания (например, «Социализированные...» и «Несоциализированные расстройства поведения», «Вызывающее оппозиционное расстройство», «Расстройство вследствие сиблингового соперничества»), другие, возникающие преимущественно в детском и подростковом возрасте патологические состояния, фигурируют во «взрослых» рубриках (например, «Трихотилломания», «Нервная анорексия»), ряд «детских» шифров (F90–F98) дублирует аналогичные диагнозы других рубрик (например, «Фобическое тревожное расстройство в детском возрасте», «Социальное тревожное расстройство в детском возрасте» – аналог «Социальной фобии» взрослых, «Синдром Аспергера» – суть шизоидная психопатия).

Важно подчеркнуть, что у детей и подростков могут наблюдаться расстройства практически из всех классификационных рубрик помимо лишь тех, которые связаны со специфическими поражениями ЦНС при заболеваниях возраста инволюции («деменция» при болезнях Альцгеймера, Пика, Паркинсона, сосудистом поражении и т.п.) – их можно назвать «инволютивно-дизонтогенетическими» расстройствами, тогда как большинство психических заболеваний и аномалий взрослых берет свое начало в детстве.

В то же время выделяется группа заболеваний, временных или стойких психических расстройств, возникающих только в детском возрасте, которые

можно обозначить как «эволютивно-дизонтогенетические». К ним относятся: «Умственная отсталость»; «Расстройства психологического (психического) развития», включающие специфические расстройства речи и языка, нарушения развития школьных навыков, моторики, задержки психического развития, детский аутизм; «Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте». Последняя рубрика объединяет гиперкинетические расстройства, расстройства поведения, характерные для детей эмоциональные нарушения и расстройства социального функционирования, а также системные соматовегетативные, двигательные и речедвигательные нарушения (энурез, энкопроз, тики, заикание и др.). Общим для всех этих разнообразных проявлений нарушений является основное звено патогенеза – нарушение созревания психических свойств, функций и/или компонентов личности, то есть психический дизонтогенез, обусловленный разными причинами (как отзвучавшими, так и продолжающими действовать), что никак не отражено в рубриках МКБ-10.

В предисловии к русскому изданию МКБ-10 один из его редакторов С.Ю.Циркин [2] специально подчеркивает прикладное, прежде всего статистическое значение данного руководства и предупреждает против подмены ею концептуальных классификаций. Во введении в «Многоосевую классификацию психических расстройств в детском и подростковом возрасте» [3], опирающуюся на МКБ-10, Майкл Раттер утверждает атеоретический характер данной классификации. Авторы и рецензенты указанных систематизаций настаивают на их равноправном существовании в одном клиническом поле с иными оригинальными психиатрическими классификациями, сохраняющими свое значение в научных исследованиях и практической деятельности.

К сожалению, сплошь и рядом приходится наблюдать обратное. Не только молодые врачи, но и некоторые научные коллективы воспринимают последнюю «Классификацию психических и поведенческих расстройств» (именно расстройств, а не болезней) как методологическую базу, определяющую клиническое и научное мышление. Данная ситуация сложилась, как нам представляется, в связи с тем, что были по сути безо всякой критики признаны в качестве непреложной истины американские классификации (DSM) в области психопатологии и диагностики, с принятием которых, по меткому замечанию одного из ведущих американских психиатров Nancy Andreasen [4], наступила «...смерть феноменологии в Соединенных Штатах». Это привело к тому, что классические представления описательной психопатологии в настоящее время в значительной степени игнорируются, а применение высоких технологий при отсутствии благоразумного клинического подхода будет представлять собой унылое, серое и, возможно, бес-

плодное зрелище. Отказ от принципа причинности и редукция клинического мышления к узко синдромальному и даже симптоматическому уровню представляется менее перспективным, чем попытки, пусть достаточно гипотетически, в рамках возможностей клинко-психопатологического анализа и доступных параклинических методов в каждом конкретном случае не ограничиваться констатацией наличия у пациента того или иного психического расстройства, а проникнуть в его этиопатогенетическую сущность.

Так, если попытаться клинически, в соответствии с традиционными взглядами отечественной психиатрии, а не статистически подойти к систематизации всего круга психических расстройств, включающего их психические (ядерные) и непсихотические (погротические) формы, и взять за основу этиопатогенетический принцип (ведущей причины или основного механизма заболевания), то все нозологические формы можно расположить вдоль пересекающих этот круг диагоналей (рисунок). Последние образованы осями, расходящимися в этиологически (оси II–VI и III–VII) или патогенетически (оси I–V и IV–VIII) полюсных направлениях, но сходящимися в центре круга – месте существования клинически переходных форм, свидетельствующих о наличии общих патогенетических звеньев у сходных синдромов разной природы (в соответствии с интегрирующим и дифференцирующим законами патогенеза И.В.Давыдовского) [1]. Хорды же окружности, расположенные между осями, соединяют соседние группы заболеваний, близкие по этиологическому и патогенетическому фактору, например, психогенные и аддитивные (по сути, социогенные) расстройства, соматогенные и экзогенно-органические нарушения, эволютивно-дизонтогенетические и наследственно-конституциональные состояния, инволютивно-дизонтогенетические и эндогенные (эндогенно-органические).

Отказ от традиций российской психиатрии (которая никогда не плелась в хвосте ведущих школ и не теряла собственного клинко-психопатологического лица) уподобляет врачей старшего поколения «Иванам, не помнящим родства». Молодые же специалисты рискуют этого родства вообще не узнать.

Парадоксальность существующей ситуации усугубляется тем, что, не отвергнув известного принципа «Лечить не болезнь, а больного», руководство



Этиопатогенетическая систематизация психических расстройств

отечественным здравоохранением инициировало кампанию разработки терапевтических стандартов, ориентированных все на ту же несовершенную международную классификацию. Но ведь известно, что даже такие специфические синдромы-болезни детско-подросткового возраста, как энурез, энкопрез, заикание, ранний детский аутизм (РДА), синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), элективный мутизм и проч. предполагают весьма существенные различия в терапевтическом подходе в зависимости от их природы — первично-дизонтогенетической, психогенной или резидуально-органической (обозначение которой могли бы обеспечить дополнительные знаки к основному шифру). Не говоря уже о том, что данные дизонтогенетические симптомокомплексы нередко являются возрастной маской более общего заболевания (шизофрении, эндогенной или психогенной депрессии, текущего церебрально-органического, либо соматического заболевания). Формализованность МКБ-10 не настраивает врача на проведение тщательной дифференциальной диагностики ни для исключения более тяжелого заболевания, ни для выделения клинических вариантов синдрома-болезни. Отсюда нередки врачебные ошибки, когда дети, страдающие «возбужденной манией» в рамках эндогенного заболевания, длительно лечатся как страдающие СДВГ, дети с элективным мутизмом курируются как пациенты с РДА, а больные с «органическим аутизмом» расцениваются как умственно отсталые.

С другой стороны, существующая с 1996 года и опубликованная в России в 2003 году ВОЗовская многоосевая диагностика, которая, несомненно, является шагом вперед и усовершенствование которой (в частности, за счет введения дополнительных знаков в шифровку первой – синдромальной оси) позволило бы совместить МКБ и отечественную классификацию, до сих пор не вошла в обязательную врачебную практику.

В настоящее время наступает новый период усовершенствования МКБ. Департамент психического здоровья ВОЗ провел в январе 2007 года первое заседание консультационной комиссии по подготовке психиатрического раздела МКБ-11 в соответствии с общим проектом МКБ-11. Инициативой Всемирной психиатрической ассоциации является План разработки личностно-центрированного интегративного диагноза (Personal-centralized Integrative Diagnostics – PID) в качестве теоретической модели и практического руководства. В основе PID лежит концепция диагноза, отличного от традиционных представлений о распознавании и дифференциации заболеваний. В PID диагноз определяется как описание негативных и позитивных аспектов здоровья, воздействующих друг на друга в среде личности. PID включит в себя наиболее удачную классификацию психических и общих заболеваний (предположительно классификацию болезней МКБ-11, национальные и региональные адапта-

ции), описания других связанных со здоровьем проблем и позитивных аспектов здоровья (адаптивное функционирование, защитные факторы, качество жизни и др.), относящихся к целостности личности (включая такие понятия, как достоинство, ценности, ожидания). Подход будет одновременно категориальным, пространственным и описательным, его разработка и внедрение потребуют взаимодействия между клиницистами, пациентами и их окружением.

По сути, речь идет о дальнейшем развитии многоосевого подхода к оценке не именно психического расстройства, а целостной личности, страдающей психическими нарушениями, в ее развитии, социальном функционировании с учетом воздействия на нее микросоциальных условий, в том числе системы охраны психического здоровья. Зачатки такого подхода мы видели в попытке «Многоосевой классификации психических расстройств в детском и подростковом возрасте» М.Раттера при всех ее недостатках, отмеченных упомянутыми выше рецензентами.

Напомним, что она включает следующие оси: I – клинический психопатологический синдром; II – специфические расстройства психического развития; III – уровень интеллекта; IV – соматические нарушения; V – сопутствующие аномальные психосоциальные ситуации; VI – общая оценка нарушения психосоциальной продуктивности.

Сама идея многоосевой диагностики представляется чрезвычайно перспективной особенно в детской психиатрии, поскольку психические расстройства, отклонения в поведении и развитии в детском возрасте, связанные с ними нарушения соматического здоровья, социального функционирования, коммуникативности, уровня и структуры средовой адаптации, их динамика и прогноз чрезвычайно многофакторны, тесно взаимосвязаны, взаимовлияемы и должны учитываться комплексно, во всем указанном многообразии при формировании тактики лечения, коррекции и реабилитации.

В связи с этим представляется важным и плодотворным включение в предлагаемую классификацию оси соматических состояний, которые у детей особенно часто связаны с психическими и поведенческими расстройствами, оси нарушений психосоциальной продуктивности и оси патологизирующих психосоциальных ситуаций. Особенно хочется в связи с этим подчеркнуть значение для отечественной детско-подростковой службы психического здоровья последней оси, так как необходимо признать, что наша детская психиатрия на сегодня остается практически внесоциальной и, главное, «внесемейной». И подготовка кадров для службы психического здоровья детей и подростков, и сама организация этой службы (хотя понятие «службы» мы применяем условно, так как соответствующей службы как таковой у нас просто не существует) не подразумевают обязательного учета и активного включения в систему помощи психически больно-

му ребенку его ближайшего семейного окружения, что на нынешнем уровне развития детской психиатрии выглядит нонсенсом.

Помимо указанных, могут также вводиться оси влияния на патологические состояния тех или иных терапевтически-коррекционных воздействий, эффективности тех или иных организационных форм оказания помощи (что позволило бы, в частности, сопоставить целесообразность применения стационарных либо амбулаторных, полустационарных систем при определенных заболеваниях и нарушениях развития и поведения) и др.

Нам также представляется особенно значимым, что внедрение такого рода многоосевой диагностики может послужить существенным образовательным моментом для молодых детских психиатров, лишь начинающих свою практическую деятельность. Поскольку приходится с сожалением констатировать, что внешняя «легкость» диагностирования по МКБ-10 (набрал нужное количество признаков, «подогнал» больного ребенка под соответствующую рубрику – и нет необходимости более глубокого анализа его состояния и сопутствующих ему факторов) не способствует критическому осмыслению собственного клинического опыта, не побуждает к углубленному психопатологическому анализу и поиску и не дает достаточного набора опорных признаков для лечебно-коррекционной и реабилитационной работы.

Наконец, освоение подобной классификации позволит под новым углом строить отечественные клиничко-психопатологические и коррекционно-реабилитационные исследования в детской психиатрии, делая их соотносимыми с соответствующими зарубежными работами, позволяя объективизиро-

вать (или, по крайней мере, формализовать), в частности, клинические психофармакологические исследования, включая в оценку действия препаратов не только симптоматический аспект, но и аспекты развития, социальной адаптации, качества жизни больного ребенка и его семьи и т.п.

В разрабатываемой психиатрической части МКБ-11 нам представляется целесообразным ввести в каждый раздел «детский» подраздел с четким обозначением особенностей проявлений и динамики тех или иных заболеваний и симптомокомплексов. В МКБ-10 это представлено лишь шифром F64.2 – «Расстройство половой идентификации в детском возрасте».

Это позволит в значительной мере сократить наименее концептуально целостный «детский» раздел современной МКБ-10 за счет размещения многих расстройств в общих разделах. Одновременно, и что более существенно, такое расположение реально обозначит единство «взрослой» и «детской» феноменологии, их взаимозависимость, послужит питательной почвой для прогностических концепций течения, взаимопереходов и исходов патологических состояний.

Наряду с предлагаемой многоосевой структурой диагностической системы подобная классификационная организация позволила бы в значительной мере преодолеть недостатки действующей диагностической системы и способствовала бы развитию как научно-практических подходов в детской психиатрии, так и совершенствованию собственно служб психического здоровья подрастающего поколения и их интеграции с другими системами помощи детям с аномалиями психического развития и поведения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдовский И.В. Общая патология человека. 2-е изд. М.: Медицина, 1969. 610 с.
2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Пер. на русский язык под ред. Ю.С.Нуллера и С.Ю.Циркина. ВОЗ. Россия. СПб.: Адис, 1994. 304 с.
3. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и пове-

денческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10. М.: Смысл, СПб: Речь, 2003.

4. Andreasen N.C. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders и отмирание феноменологии в Америке: пример непредвиденных последствий // Психиатрия и психофармакотерапия. 2007. Т. 9, № 4. С. 44–49.

5. Mezzich J.E., Salloum I.M. Towards innovative international classification and diagnostic systems: ICD-11 and person-centered integrative diagnosis // Acta Psychiatr. Scand. 2007. Vol. 116, N 1. P. 1–5.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ДЕТСКОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В СОВРЕМЕННЫХ КЛАССИФИКАЦИЯХ

Ю. С. Шевченко, А. А. Северный

В настоящее время наступает новый период усовершенствования МКБ. Инициативой Всемирной психиатрической ассоциации является План разработки личностно-центрированного интегративного диагноза (Person-centered Integrative Diagnostics – PID) в качестве теоретической модели и практического руководства. Речь идет о дальнейшем развитии многоосевого подхода к оценке не именно психического расстройства, а целостной личности, страдающей психическими нарушениями. Представляется важным включение в предлагаемую классификацию оси соматических состояний, оси нарушений психосоциальной продуктивности и оси патологизирующих психосоциальных ситуаций, оси влияния на патологические состояния тех или иных терапевтически-коррекционных воздействий, эффективности тех или иных организационных форм оказания помощи. В разра-

батываемой психиатрической части МКБ-11 представляется целесообразным ввести в каждый раздел «детский» подраздел с обозначением особенностей проявлений и динамики тех или иных заболеваний и симптомокомплексов. Это позволит в значительной мере сократить наименее концептуально целостный «детский» раздел МКБ-10. Одновременно такое расположение обозначит единство «взрослой» и «детской» феноменологии, их взаимозависимость, послужит питательной почвой для прогностических концепций течения, взаимопереходов и исходов патологических состояний.

Ключевые слова: систематизация психических расстройств, многоосевая диагностика, диагностические оси, феноменология в детской психиатрии.

CLINICAL EVALUATION OF CHILD MENTAL PATHOLOGY IN CURRENT CLASSIFICATIONS

Yu. S. Shevchenko, A. A. Severny

Time has come for a revision and improvement of the ICD. The World Psychiatric Organization has introduced the idea of the Person-centered Integrative Diagnostics (PID) as a theoretical model and practical guide. It implies further development of the multiaxial approach and shift from evaluation of a mental disorder per se to evaluation of the whole personality with a mental disorder. It would seem important to include into proposed classification the Axis of somatic condition, the Axis of psychosocial productivity, the Axis of 'pathologizing' psychosocial events, the Axis of impact of therapeutic and corrective interventions on pathological conditions, and efficacy of the forms of care. In the psychiatric volume of the

ICD-11, it would be useful to add in every division a 'child' subdivision, with characteristic features and course of the disorder and clusters of symptoms. This change would allow to reduce the conceptually unsatisfying 'child' section in the ICD-10. At the same time, such structure would emphasize the unity of 'adult' and 'child' phenomenology and their interaction, and give an impetus to predictive concepts of the course of disorders, their transitions and outcome.

Key words: classification of mental disorders, multiaxial diagnosis, diagnostic axis, phenomenology in child psychiatry.

Шевченко Юрий Степанович – заведующий кафедрой детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Российской медицинской академии последиplomного образования, председатель Московского отделения Ассоциации детских психиатров и психологов; тел.: (495) 954-1314

Северный Анатолий Алексеевич – ведущий научный сотрудник Научного центра психического здоровья РАМН, президент Ассоциации детских психиатров и психологов; тел.: (495) 928-5214