

## **НА ПУТИ К РАЗРАБОТКЕ МКБ-11. О СОВЕЩАНИИ ЭКСПЕРТОВ В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (САНКТ-ПЕТЕРБУРГ, 8–9 ИЮНЯ 2010)**

**В. Б. Альтшулер**

*ФГУ «Национальный научный центр наркологии МЗСР РФ»*

Руководством Совещания экспертов (проф. В.Н.Краснов) с самого начала была образована, наряду с другими, рабочая группа, обсуждавшая проблемы зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) в связи с тем, как они представлены в МКБ-10. В ходе её работы стало очевидным, что первоначально заявленные цели создания МКБ не ограничиваются потребностями статистики и финансирования, но неизбежно поднимают вопросы лечения – его мишеней и стратегии. Среди таких вопросов – может ли МКБ надежно дифференцировать психическую патологию и психическую норму.

В области клинической наркологии значение этого вопроса особенно велико, поскольку повседневная клиническая практика в первую очередь имеет дело с отклоняющимися формами поведения, которые, как известно, далеко не всегда относятся к проявлениям психической патологии. Согласно положениям DSM-IV, отклоняющиеся формы поведения не являются психической патологией, если они не служат симптомами клинически значимого нарушения. Последнее понятие, в свою очередь, требует уточнения, для чего было предложено [8] считать клинически значимыми такие нарушения, которые требуют лечения для достижения лучшего функционирования.

Прямое отношение к этим рассуждениям имеет весьма спорное мнение, высказанное на состоявшемся в ноябре 2009 года 1-м Российском Национальном Конгрессе по наркологии и касающееся осевого расстройства в клинике зависимостей от ПАВ – синдрома патологического влечения [4]. Оно сводится к тому, что патологическое влечение к ПАВ (оно не случайно было названо автором «аддиктивное влечение», тем самым как бы обходя стороной его патологическую суть) не содержит в себе психопатологический радикал и близко скорее к парафилиям, то есть к извращениям сексуальных предпочтений, которые встречаются у лиц, в про-

чих отношениях не проявляющих каких-либо психических, биологических и социальных нарушений и, следовательно, не нуждающихся в лечении.

Довольно близкая ко всему этому точка зрения была выражена в ходе дискуссии, состоявшейся на Совещании экспертов, о котором здесь идет речь. Было предложено, в частности, объединить под названием «болезни зависимости» такие разные состояния, как алкоголизм и отклонения сексуальных предпочтений, как наркомания и пиромания, дромомания, булимия и т.п. Представленные вне нозологических рамок и патогенетических концепций, они не ориентируют на лечение, то есть обрекают врача на терапевтический нигилизм и пассивность.

Между тем, патологическое влечение к ПАВ представляет собой не извращение, а чрезмерное усиление «нормального», то есть психологически понятного, влечения, что придает ему характер патологической доминанты, отрицательно влияющей на психическое функционирование и принимающей довольно четкие психопатологические очертания – паранойяльные, сверхценные, обсессивно-фобические, пароксизмальные и даже галлюцинаторные [1, 6]. Все они, в свою очередь, содержат явную «подсказку» относительно возможного лечения.

Разумеется, включение общепринятых патогенетических критериев в набор признаков, дифференцирующих нормальное и аномальное психическое функционирование, помогло бы достигнуть необходимого консенсуса как условия создания полноценной МКБ. Однако, как с горечью заметил при открытии Совещания ответственный за разработку психиатрического и наркологического раздела МКБ-11 г-н Джефффри Рид, мы уже 30 лет ждем требуемых для этого теоретических научных открытий, но тщетно. Поэтому остается уповать на клинические разработки.

Следует, однако, признать, что и в области клинических разработок позиции специалистов далеки от единства. На это натолкнулось, в частности, решение поднятого на Совещании вопроса о включении в МКБ-11 положений, касающихся коморбидной патологии у наркологических больных. Дело в том, что упомянутые выше психопатологические варианты влечения к ПАВ часто расцениваются многими нашими коллегами как проявления коморбидных расстройств – психопатических, депрессивных, невротических, а их повседневное обнаружение – как следствие гипердиагностики таких расстройств с вытекающим из неё якобы избыточным и неоправданным назначением психотропных препаратов для лечения больных алкоголизмом и наркоманиями.

Судя по всему сказанному, специальная регистрация и кодирование сложных состояний, обозначаемых двойным диагнозом, являются актуальными и целесообразными, поскольку они связаны с решением специфических лечебно-реабилитационных задач. Но с другой стороны, в применении к проблемам клинической наркологии необходимо четко ограничивать коморбидные состояния, то есть психическую патологию иного происхождения, от аффективных и поведенческих расстройств, входящих в структуру наркологических синдромов (патологическое влечение, абстинентный синдром, психическая деградация).

Такое требование предполагает тщательное соблюдение «синдромологической дисциплины», поскольку только клинические синдромы в их полном виде являются носителями диагностической специфичности, позволяющей дифференцировать патологические состояния от нормы и от другой патологии. В связи с этим вызывает недоумение содержащаяся в МКБ-10 рекомендация, позволяющая при диагностике синдрома зависимости (F1x.2) довольствоваться любыми тремя из семи включенных в этот синдром признаков. Следуя такому совету, можно составить «наборы», при которых диагноз наркологического заболевания станет по меньшей мере сомнительным. Необходимо со всей ясностью подчеркнуть, что клинический синдром – это не набор признаков, а закономерное сочетание симптомов, в основе которого лежит определенный патогенетический механизм. Очевидно, что имеющуюся рекомендацию надо заменить.

Следует также устранить термин «дипсомания», предлагаемый в МКБ-10 в качестве синонима диагноза «алкоголизм». Этот термин в свое время непримиримо отстаивал В.Маньян [5], который считал, что дипсомания не имеет никакого отношения к алкоголизму и означает периодические запои, служащие проявлением другой психической патологии. Современная классификация алкоголизма [2] предусматривает периодические запои как один из вариантов течения этого заболевания, но не приравнивает их к самому заболеванию.

Возвращаясь к критическим оценкам предложения ввести объединяющий термин «болезни зависимости», следует, однако, признать этот термин гораздо более предпочтительным, чем «синдром зависимости», который представлен в МКБ-10 в качестве синонима нозологических диагнозов (алкоголизм, наркомания, токсикомания). В частности, алкоголизм – это более содержательное понятие, чем «зависимость от алкоголя», так как его клиническая структура включает в себя не только признаки зависимости от алкоголя (аддиктивная симптоматика), но и проявления последствий токсического действия алкоголя (токсикогенная симптоматика). То же касается наркоманий. А между тем, именно токсикогенные расстройства, утяжеляясь со временем и с увеличением общего объема потребленного алкоголя или наркотика, определяют процессуальный характер заболевания, формирование его стадий и, в конечном счете, прогноз.

В полном согласии с этим – принцип динамического подхода к диагностике, выраженный в формуле: «Диагноз – это прогноз» [7]. К соблюдению динамического принципа, основанного на учете течения заболевания, призвал и В.Н.Краснов в своем выступлении при открытии Совещания. Таким образом, преобладание синдромального принципа построения раздела F10–F19, имеющего характер «поперечного среза», противоречит как клинической практике, так и научным представлениям. Необходимо, следовательно, заменить его нозологическим и дополнить информацией о стадиях болезни.

Использование принципа стадийности делает ненужной часть рубрик, содержащихся в данном разделе МКБ-10. Это касается, в частности, рубрики F1x.7 «резидуальное психическое расстройство и психическое расстройство с поздним дебютом». По существу такие расстройства характеризуют 3-ю стадию наркологического заболевания, особенно алкоголизма, о чем свидетельствует уточняющий перечень конкретных состояний, относящихся к данной рубрике. Исключение составляют лишь так называемые «флэшбек», которые стоят особняком и являются одним из признаков злоупотребления галлюциногенами, чаще всего не связанного с формированием зависимости от них. Всё это устраняет необходимость кодировать дважды и по-разному одно и то же состояние; лучше ограничиться кодированием 3-й стадии заболевания с использованием 5-го, 6-го знаков. Что же касается «флэшбек», то следовало бы отнести эти галлюцинаторные нарушения в рубрику F1x.5 «психотическое расстройство».

Есть и более частные вопросы, относящиеся к разделу F10–F19 МКБ-10. Поскольку конечной целью этой классификации объявлено «заполнение учетных и отчетных документов государственной медицинской статистики», вызывает сомнение необходимость возлагать на врачей-психиатров-наркологов предоставление данных, относящихся к

рубрике F1x.0 (острая интоксикация), то есть сведений о количестве и разновидностях состояний опьянения. С этими состояниями, как известно, приходится иметь дело, в основном, работникам медицинских вытрезвителей. Исключением можно считать только патологическое опьянение, которое лучше отнести к кратковременным психотическим расстройствам, связанным с идиосинক্রазией к алкоголю. Что же касается осложненных вариантов острой интоксикации (с травмой, с кровавой рвотой, с аспирацией рвотных масс и др.), то они относятся к клинической практике других специалистов. По этим причинам всю рубрику F1x.0 следовало бы опустить.

Вызывает несогласие рубрика F1x.4 – «состояние отмены с делирием». В соответствии с такой формулировкой, важнейший из алкогольных психозов – алкогольный делирий, со всеми его клиническими вариантами, представляющий собой наиболее значимую и трудную лечебную и диагностическую проблему, является всего лишь разновидностью абстинентного синдрома. В то же время, все прочие острые алкогольные психозы, как и алкогольный делирий, возникают в конце или вскоре после массивной и длительной алкогольной интоксикации

(здесь тоже имеют место абстинентные расстройства), близки по симптоматике, включают смешанные состояния и взаимные превращения, все характеризуются более или менее значительным изменением сознания, все требуют сходных лечебных мер. С другой стороны, весьма нередко и все чаще, особенно в клинике алкоголизма у женщин, наблюдаются атипичные формы алкогольного делирия – то без тремора и других абстинентных расстройств, то без галлюцинаций, но с нарушением аллоориентировки («делирий без делирия»), то с сохранностью ориентировки при наличии зоопсий («ориентированный делирий») [8], что еще больше сближает между собой острые алкогольные психозы. По этим причинам было бы целесообразно объединить алкогольный делирий под одной рубрикой с психотическими расстройствами (F1x.5), отличая его от других 5-м знаком (например, «преимущественно с помрачением сознания»).

В заключение необходимо отметить, что сам замысел МКБ-10, труднейшая работа над её созданием и достигнутый результат заслуживают высокой оценки и уважения. Среди её достоинств – большой ресурс дальнейшего совершенствования, который должен быть использован при разработке МКБ-11.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю: вопросы клиники и терапии. М., 1994. 216 с.
2. Иванец Н.Н. Классификация алкоголизма // Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н.Иванца. М., 2008. С. 235–236.
3. Лукин А.А. Клинические соотношения алкоголизма и алкогольных психозов у женщин: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2009.
4. Менделевич В.Д. Аддиктивное влечение – парасихопатологический феномен // Материалы 1-го Росс. Нац. Конгресса по наркологии.

М., 2009. С. 99.

5. Маньян В. Клинические лекции по душевным болезням // Алкоголизм. М.: ТОО «Закат», 1995. 426 с.

6. Чирко В.В., Демина М.В. Руководство по клинической наркологии. М., 2010. 323 с.

7. Goodwin D.W., Guze S.B. Psychiatric diagnosis. N.-Y., 1984.

8. Widiger T.A., Corbitt E. Normal versus abnormal personality from the perspective of DSM // Differentiating normal and abnormal personality / S.Strack, M.Lorr (Eds.). N.-Y., 1994. P. 158–175.

## НА ПУТИ К РАЗРАБОТКЕ МКБ-11. О СОВЕЩАНИИ ЭКСПЕРТОВ В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (САНКТ-ПЕТЕРБУРГ, 8–9 ИЮНЯ 2010)

### В. Б. Альтшулер

В связи с положениями МКБ-10, нуждающимися в дополнениях и коррекции, обсуждается необходимость определения ориентиров для более четкого дифференцирования наркологической патологии от нормы, коморбидных и наркологических расстройств. Подчеркнуты нарушения «синдромологической дисциплины», указано на нецелесо-

образность двойного кодирования одного и того же состояния и возможность избежать этого при использовании динамического подхода и нозологического принципа построения данного раздела МКБ. Предложен ряд изменений в структуре и содержании отдельных рубрик.

**Ключевые слова:** наркологическая патология.

## DEVELOPMENT OF ICD-11: EXPERT MEETING CONCERNING SUBSTANCE-RELATED DISORDERS AND BEHAVIORAL ADDICTIONS (ST. PETERSBURG, 8-9 JUNE 2010)

### V. B. Altshuler

As a part of professional discussion on a draft ICD-11, the meeting emphasizes the importance of finding reference points for a better differentiation of narcological pathology from the norm, and from comorbid disorders. The meeting points to violations of 'syndromological discipline', and meaninglessness of 'double codes' for the same condition and

possibility to avoid these shortcomings in case of involvement of a 'dynamic' approach and following the nosological principle. A number of suggestions concern changes in the structure and the contents of individual sections.

**Key words:** narcological problems.

---

**Альтшулер Владимир Борисович** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделением клинических исследований алкоголизма ФГУ «Национальный Научный Центр наркологии МЗСР РФ»; e-mail: altshuler172@mail.ru