

УДК 616.89–053.2.005

## ПЕРСПЕКТИВЫ КЛАССИФИКАЦИИ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ

Е. В. Корень, А. И. Ковалев

*ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России,  
ГОУ ВПО Росздрава РостГМУ, Ростов-на-Дону*

Вопросы классификации в психиатрии в настоящее время относятся к числу наиболее актуальных, поскольку именно они определяют ее теоретические концепции, практическую и прогностическую направленность, социальную значимость и перспективы развития данной медицинской специальности. Зачастую проблемы классификации выходят за рамки нашей дисциплины в связи с пристальным вниманием общества к самому понятию «психическая болезнь» и с развитием так называемого антипсихиатрического движения [16, 21, 23, 25, 27]. Остроту проблемы подчеркивает усилившееся с принятием МКБ-10 принципиальное противостояние двух главных направлений психиатрической систематики, которые основываются на различном понимании значения клинической картины психических расстройств.

Апелляция к отсутствию в настоящее время достоверных данных об этиологии и патогенезе психических расстройств на примере эволюционирования МКБ последних пересмотров, начиная с известного доклада E. Stengel [34], предложившего убрать этиологический принцип из международной классификации и употреблять диагностические термины лишь в качестве функциональных наименований, характеризующих отклонения от нормы [34], непосредственно приводит к тому, что определение клинической картины заболевания становится не столько средством выявления причин его развития, сколько целью самого диагностического процесса, который направлен прежде всего на решение практических задач статистики, терапии и т.п.

Не оспаривая наличия ряда позитивных составляющих доминирующего в настоящее время направления в классификации [13, 18, 19, 27, 28], поскольку одним из основных приоритетов МКБ-10 является более четкое разграничение отдельных форм патологии, то есть достижение более высокой надежности (воспроизводимости) классификационных рубрик (таксонов), которые должны согласованно диагностироваться у одних и тех же больных разными психиатрами, несмотря на различия в их опыте и теоретической ориентации [8], определенные опасения в таком подходе к систематике психи-

ческих расстройств вызывает наблюдаемая тенденция к «сужению» поля клинического мышления врачей и исследователей [11], поскольку наиболее надежными (воспроизводимыми) критериями дифференциации психической патологии являются внешние признаки болезней (наборы симптомов).

Представления о причинах развития психических расстройств в данной парадигме используются в минимальной мере, что идет вразрез с накопленными клиническими данными и богатыми клиническими традициями отечественной, включая детскую, психиатрии [3, 10, 11]. Несмотря на заявленную разработчиками статистическую направленность МКБ-10, доминирование подобных представлений о диагнозе, как базовом концепте классификации [14, 27, 28, 30], привело к целому ряду негативных практических последствий.

С момента начала официального использования МКБ-10 в России выросло целое поколение психиатров, ориентированных не на целостное видение клинической картины, а на статичную, клинически обедненную, одномоментную фиксацию текущего «среза» психического состояния по МКБ-10, при том, что некоторые категории и рубрики, включенные в МКБ-10, как указывают сами авторы-разработчики, носят дискуссионный характер и требуют дальнейших исследований.

Кроме того, в МКБ-10 недостаточно проработаны механизмы рубрикации психопатологических состояний с атипичной клинической картиной [6]. Данная ситуация достаточно типична для детских психиатров, которым часто приходится ставить диагноз, относящийся к подрубрикам «прочие...» или «другие...» психические нарушения по МКБ-10, имеющим сомнительное клиническое содержание [1, 6]. Это существенным образом сказывается на качестве оказания психиатрической помощи и даже может исказить данные статистической отчетности и возможность судить на основании проведенных исследований об эффективности тех или иных лекарственных препаратов в повседневной клинической практике.

Системные статистические погрешности при сравнении показателей распространенности тех

или иных психических расстройств на основе использования МКБ-10 в разных странах могут иметь и другую природу. Так, в адаптированный в России вариант международной классификации внесены ряд изменений с учетом традиционного отношения к границам использования термина «шизофрения» в клинической диагностике.

В оригинальном варианте МКБ-10 отсутствуют диагнозы «вялотекущая» шизофрения и «детская» шизофрения, а в русифицированном – они шифруются в разделах F21 и F20.8 (другой тип шизофрении) соответственно [8]. Это, безусловно, вносит путаницу в диагностический процесс, давая возможность разным врачам (в зависимости от их предпочтений) шифровать диагноз у одного и того же пациента в разных рубриках («ипохондрическая шизофрения», «сенестопатическая шизофрения», «шизофреноформные расстройства», «детская шизофрения» – с одной стороны и «шизотипическое расстройство», различные варианты атипичного аутизма – с другой).

Таким образом, при наличии относительно удовлетворительных клинических критериев для отдельных расстройств подобная, довольно частая в детской психиатрии ситуация, когда определенное число случаев не соответствует критериям ни одной категории и должно быть подведено под атипичную или смешанную категорию, является одним из свидетельств проблемности современной классификации, требующих исправления в последующих систематиках [6].

Кроме того, нередко приходится сталкиваться с зарубежными коллегами, в том числе из известных клиник, строго ограничивающими свое клиническое сознание критериями психического расстройства по МКБ-10. При этом многие из них даже не слышали о существовании, к примеру, гебоидного синдрома [4], давно имеющего четкое клиническое описание, с указанием на механизмы патологического нарушения поведения у детей и подростков, что, тем самым, определяет терапевтическую тактику и, в некоторых случаях, его прогностическую направленность. Гебоидный синдром лишь частично соответствует классу «Расстройство поведения» (F91) в МКБ-10 и характеризуется в основном дезадаптирующими (асоциальными) поведенческими признаками, где нет полного соответствия между МКБ-10 и традиционным клиническим пониманием данного психопатологического состояния.

Нарастающая неудовлетворенность подобным положением вещей носит принципиальный характер и является одной из причин сохранения и даже усиления призывов к созданию национальных классификаций, особенно с учетом того факта, что некоторым странам (Франция, Китай, Куба) в полемике с ВОЗ удалось добиться сохранения национальных подходов к систематике психических расстройств при условии обеспечения их аффилированности с МКБ-10 [15, 26, 29].

Детско-подростковая психиатрия в процессе своего становления заимствовала методы взрослой психиатрии, но, с другой стороны, эта область пси-

хиатрии приобрела определенную методическую самостоятельность [3, 9]. Прежде всего, это касается не только методов диагностики и изучения психических расстройств детско-подросткового возраста, но и необходимости учета возрастных аспектов развития, эволюционно-биологических и возрастных закономерностей формирования и динамики психических расстройств в детском возрасте [3, 5, 9, 10, 31]. Тем самым определяется особое место психопатологии детского возраста в кругу вопросов, связанных с очередным пересмотром международной классификации [14, 32].

С учетом начавшейся работы над МКБ-11, критический анализ того, как в МКБ-10 разрешены проблемы, связанные с клинко-возрастными аспектами психопатологии, может послужить отправной точкой для выработки стратегии в создании новой систематики психических расстройств у детей и подростков [17, 19, 24]. Применительно к детской психиатрии, можно констатировать, что введение МКБ-10 сопровождалось рядом прогрессивных изменений, отличающих ее от предыдущих систематик. Результатом проведенных ВОЗ масштабных мультицентровых исследований явилось появление значительного числа, в том числе относительно новых, устойчивых симптомокомплексов, потребность в группировании которых потребовала расширения числа рубрик и впервые обозначила необходимость выделения специфического «детского» раздела классификационной системы [28]. В частности, появление отдельных рубрик, описывающих раннюю психопатологию, является бесспорно позитивным фактом.

Так, в рубрику F8 МКБ-10 включены те нарушения развития, которые имеют наибольшее значение в детской психиатрической практике. Среди них выделяются как специфические (изолированные) расстройства, так и общие (синдромы Каннера, Аспергера, Ретта), характеризующиеся нарушениями развития одновременно в разных сферах. Весьма детально прописаны критерии специфических расстройств развития речи и языка (F80), специфических расстройств развития учебных навыков (F81), даже выделены отдельно специфические расстройства развития моторных функций (F82), а четко выделенных и проработанных критериев задержек темпа общего психического развития, включая, в первую очередь, относительно обратимые состояния интеллектуальной недостаточности, имеющие иную структуру, нежели чем при умственной отсталости, в МКБ-10 не представлено.

Лишь в адаптированном в РФ варианте МКБ-10 следуют отдельным шифром (F80.81) задержки развития, обусловленные социальной депривацией и (F80.82) задержки речевого развития, сочетающиеся с задержкой интеллектуального развития и специфическими расстройствами учебных навыков. Причем, эти разделы не проработаны, и в комментариях к ним вносится окончательная путаница, так как в определенных случаях дается рекомендация по использованию второго шифра из рубрик F70 [8].

Тем самым, стирается необходимость дифференциальной диагностики между умственной отсталостью и задержками психического развития. Аналогичным образом обстоят дела в отношении диагноза «пограничная умственная отсталость», также не рубрифицированного в МКБ-10, и, соответственно, отсутствуют критерии для его верифицированной диагностики, поскольку в некоторых случаях данная категория может рассматриваться не как клиническая, а как психологическая. Здесь может быть уместна аналогия с подходами, используемыми при классификации умственной отсталости.

Следует также отметить, что при выделении в МКБ-10 специального раздела, посвященного психическим расстройствам у детей, акцент делается исключительно на возрасте их начала, которое относительно специфично для детского и подросткового возраста [32], в то время как у многих детей и подростков, страдающих психическими расстройствами, не только начало, но и основные проявления наблюдаются преимущественно в детско-подростковом возрасте. Например, некоторые специфичные для подросткового возраста расстройства, такие, как нервная анорексия и дисморфофобия, кодируются в других разделах.

Применительно к практическому использованию МКБ-10 в детской психиатрии также можно говорить об избыточном количестве рубрик, выделение которых, помимо трудностей, возникающих при их систематизации, не всегда соответствует одному из базовых положений в отношении требований к классификации – практической целесообразности выделяемых диагнозов, определяющей терапевтическую дифференциацию врачебной клинической стратегии и тактики [20, 25].

Как показал анализ статистической отчетности детских психиатрических учреждений в Москве (ДПБ №6) и Ставропольской и Ростовской области, определенная часть присутствующих в МКБ-10 диагнозов практически не используется врачами, что также отчасти может быть связано с выделением в МКБ-10, с опорой лишь на симптоматическое сочетание признаков, ряда анекдотических, по существу, «парадиагнозов» [6].

Отсутствие в МКБ-10 единого принципа систематики, заявленного как «категоричность» [8], привело к тому, что каждая рубрика является как бы миниклассификацией, не имеющей видовой схожести с другими рубриками. Соответствующие проблемы нашли свое отражение в существующих детских разделах МКБ-10. На сегодняшний день мы имеем дело с отдельно описанными нозологическими формами, синдромами, симптомокомплексами, а в некоторых случаях лишь с отдельными признаками психических расстройств, не имеющими четкого клинического обоснования [1].

Необходимо также отметить, что в существующей классификации нет связующих принципов между взрослой и детско-подростковой психопатологией. Так, если расстройство из общих рубрик может начи-

наться в детском или подростковом возрасте, то оно шифруется в соответствующих разделах, но без указания возрастной специфики. А хронические «детские» психопатологические расстройства зачастую не имеют «продолжения» у взрослых, особенно, когда речь идет о вопросах продления инвалидности.

Например, мало кто из практических врачей знает, что делать с диагнозом ранний детский аутизм (РДА) во взрослом возрасте. При том, что в МКБ-10 подчеркивается, что данный диагноз может сохраняться во взрослом состоянии и «диагностироваться во всех возрастных группах», большая часть РДА на практике «трансформируется» в шизофрению, шизотипическое расстройство, часть – в расстройство личности, и это выглядит как изменение диагноза, без должных на то оснований. Создается впечатление, что, будучи ребенком, пациент страдал одним психическим расстройством, а повзрослев – «заболел» другим.

Особый интерес представляет соотнесение приемлемости заложенного в МКБ-10 политегетическо-категориального принципа классификации [22] с обусловленными наличием возрастного фактора реалиями детской психиатрии, касающимися, в контексте меняющегося содержательного конструкта проблемы психического здоровья детей и подростков, наличия, как клинической реальности, значительного контингента детей и подростков с так называемыми подпороговыми и субклиническими формами психической патологии [6, 12, 24], которые, при существующих подходах к диагностике психических расстройств, практически «выпадают» из поля зрения детских психиатров.

Ярким примером является широко дискутируемая, в контексте грядущего пересмотра МКБ-11, проблема «субпороговых» депрессий в детско-подростковом возрасте. По нашему мнению, речь идет о тех вариантах клинически очерченных депрессивных состояний, которые сопровождаются субъективным страданием ребенка и значимым уровнем нарушения адаптации и социального функционирования [12, 35], которые не соответствуют текущим критериям диагностики данного расстройства по МКБ-10.

Это положение особенно значимо для детской психиатрии, и его можно представить как необходимость установления баланса между категориальным и дименсиональным подходами в классификации [22]. Необходимость учета и использования последнего для обеспечения потребностей детской психиатрии в контексте идущей работы по подготовке к новому пересмотру МКБ-11 представляется достаточно очевидной.

Еще одним слабым местом ныне действующей классификации, с учетом того факта, что к числу существенных возрастных особенностей психопатологии детского возраста относятся абортивность, неразвернутость и изменчивость симптоматики [1, 3, 4, 9], является ее статичность. Поскольку довлеющим принципом, заложенным в МКБ-10, является стремление к фиксации текущего состояния, в данную классификацию по определению не

заложен структурно-динамический подход, идеи которого, в том числе и для целей дифференциальной диагностики, плодотворно развивались в отечественной детской психиатрии [3, 4, 7].

Предлагаемые МКБ-10 пути решения данной проблемы преимущественно лежат в плоскости широкого использования принципа коморбидности (МКБ-10 допускает сосуществование нескольких диагнозов «коморбидных» расстройств) и выделения подвидов одного и того же психического расстройства, имеющих разную прогностическую направленность в плане последующего сочетания с другими психопатологическими расстройствами [17].

Это ярко проявляется на примере различных вариантов оппозиционно-вызывающего поведения, которое в последующем может последовательно сменяться социализированными и несоциализированными нарушениями поведения и формированием диссоциального личностного расстройства (вертикальная коморбидность). В таком же ключе может рассматриваться и текущая симптоматика у ребенка в контексте предшествующих расстройств (последовательная коморбидность).

Важной особенностью МКБ-10, в этой связи, является не только возможность, но и необходимость в соответствующих случаях использования нескольких диагностических рубрик для кодирования одного случая. Обычно при этом возникает необходимость для разделения кодирования длинного заболевания и текущего состояния. Так, например, при синдроме Аспергера можно дополнительно кодировать психотические эпизоды. Использование нескольких диагностических рубрик для кодирования одного случая не решает проблем оценки динамики развития заболевания, что, в свою очередь, влияет на выбор терапевтической тактики, прогноза и, при необходимости, экспертных решений.

По существу, такая диагностика строится на принципах поиска и установления «псевдокоморбидности». Если рассматривать коморбидность как одновременное наличие у больного не менее двух расстройств, каждое из которых может считаться самостоятельным и диагностироваться независимо от другого [27, 30], то в данном случае речь может идти о смене психопатологических синдромов в рамках одной нозологической формы (синдромотаксис). Наибольшее противоречие в этой связи имеет так называемая горизонтальная коморбидность тревожных и депрессивных расстройств, частое сочетание которых является одной из возрастных особенностей детской психопатологии, особенно в подростковом возрасте.

С позиций клинко-нозологического подхода с использованием клинко-динамического метода, «тревога» часто является симптомом в рамках сложного депрессивного синдрома, имеющего соответствующую иерархичность расположения психопатологических симптомов в структуре «общего состояния негативного аффекта» [33].

Однако в случаях значительной представленности одновременно тревожного и депрессивного ком-

понентов в структуре аффективного синдрома вполне оправданным представляется выделение в МКБ-11 смешанной категории тревожно-депрессивного расстройства по типу «тревожной депрессии».

Приемлемость принципа коморбидности в детской психиатрии, в целом, вызывает большие сомнения, поскольку с точки зрения психопатологии развития смена психопатологических состояний с возрастом может лишь отражать возрастные этапы формирования и динамики одного и того же психического расстройства [18]. С другой стороны, часто наблюдаемое сочетание симптомов гипердинамического расстройства с нарушениями поведения может отражать клиническую реальность, тем самым делая оправданным использование смешанной категории (F90.1), или всего лишь указывать на поведенческие характеристики имеющейся психосоциальной дезадаптации, нивелирующиеся при купировании клинических проявлений основного расстройства.

Отдельного рассмотрения заслуживает проблема дестигматизации диагноза в детской психиатрии, которая выходит за рамки прямых задач систематики психических расстройств, но затрагивает нынешнюю классификацию в контексте проблем общественного здравоохранения. Следуя логике учета интересов больных, при разработке текущей классификации психических расстройств авторы пытались добиться дестигматизации заменой используемых терминов. В МКБ-10 не используется термин «олигофрения», «дебильность», «имбецильность», «идиотия», термин «истерия» упоминается лишь в разделе «специфические расстройства личности» (F60.4), а в рубрике «невротические, связанные со стрессом...» используется термин «диссоциативные» расстройства, по конвенциональному принципу максимально сужено использование термина «шизофрения».

Безусловно, некоторые психиатрические термины себя дискредитировали. Но возникает резонный вопрос, можно ли изменением профессиональных терминов добиться пересмотра отношения общества к специальности. Уход от общепризнанных терминологических обозначений (например, смена ярлыка «умственная отсталость» на «трудности обучения» по типу «learning disability» [32] английских коллег) не заменит необходимость проведения целого комплекса социальных и лечебно-реабилитационных мероприятий, направленных на дестигматизацию в рамках психосоциальной реабилитации детей с психическими расстройствами, а лишь на время может успокоить или «дезориентировать» общественное мнение в отношении к больным с психическими расстройствами.

Таким образом, анализ приемлемости МКБ-10 с точки зрения клинко-возрастных особенностей психопатологии детского возраста подтверждает целесообразность построения будущих систематик на основе структурно-динамического подхода и с учетом онтогенетического принципа [2]. В этой связи, представляется оправданным в МКБ-11 поместить рубрики психических и поведенческих

расстройств, начинающихся в детском возрасте, в начало классификационного перечня, а, с другой стороны, представляется не лишним клинического смысла положить принцип систематики типов психического дизонтогенеза в основу рубрики «расстройства психического развития».

Тем самым, уже существующие, измененные и введенные вновь расстройства данной рубрики, возможно будет разделить между ретардированным, акселерированным, асинхронным и регрессивным типом психического дизонтогенеза. В группу «ретардация» целесообразно было бы отнести задержки психического развития, расстройства речи (экспрессивной и рецептивной), задержки развития школьных навыков (дислексия, дисграфия, дискалькулия), гармонический психический инфантилизм. Также, в качестве обсуждения, можно сюда же ввести и умственную отсталость. В группу «асинхрония» – все варианты аутизма (Аспергера, Каннера, атипичный, в том числе и с умственной отсталостью), невропатию, дисгармонический психический инфантилизм (с использованием континуально-дименсионального подхода при выделении «патологических черт характера» как основы формирования в будущем некоторых вариантов расстройств личности). В группу стойкий «психический регресс» – отнести синдром Ретта, синдром Краммера-Польнова, другие дезинтегративные расстройства детского возраста, детские деменции, синдром Ландау-Клеффнера. При этом, где можно говорить об установленной этиологии психического расстройства, ее непременно необходимо указывать, используя дополнительные знаки кодирования.

Также представляется оправданным введение категории «задержки темпа психического развития» с критериями выделения данной группы расстройств, в определении которых необходимо оговорить их полиэтиологичность (конституциональность, экзогенно-органический генез, соматогенность, социальная депривация, смешанные варианты), наличие отставания в формировании предпосылок интеллекта, формировании абстрактно-логического мышления, а также способность к выравниванию и компенсации. Это, в свою очередь, позволит проводить более четкую дифференциальную диагностику с умственной отсталостью [3].

В рубрику «эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте», целесообразно внести коррективы в квалификацию гиперкинетического расстройства поведения. А именно, более четко прописать сравнительно-возрастные клинические критерии (начало в дошкольном, редукция в пубертатном возрасте, иерархия и «стержневые» симптомы на разных возрастных этапах).

Необходимо внести дополнительные клинические критерии в рубрику F91, так как ее описание характеризуется в основном дезадаптирующими (асоциальными) поведенческими признаками без четких клинических критериев разграничения патологических форм нарушенного поведения от нормальных

возрастных этапов развития. Представленные в МКБ-10 расстройства поведения могут встречаться в рамках различных нозологических форм либо вообще не являться психопатологическими состояниями. В отечественной психиатрии имеются разработанные клинические критерии расстройств поведения у детей и подростков в рамках патологических (патохарактерологических) развитий (формирований) [3, 7]. Их практическое использование позволяет выстраивать систему комплексной, полипрофессиональной помощи данной категории пациентов, основанной на этио-патогенетических принципах.

В качестве общих рекомендаций для МКБ-11 представляется целесообразным пересмотр имеющихся описаний по основным разделам в сторону большей клинической четкости (по типу глоссария) с указанием этапных возрастных особенностей клинических проявлений в детском и подростковом возрасте, уменьшение количества рубрик путем объединения и исключения «парадиагнозов» типа «сюсюкание» и т.п., уточнение диагностических категорий, относимых к подрубрикам «прочие...» и «другие уточненные...» с указанием критериев отнесения к данным рубрикам, выделение облигатных (обязательных) симптомов в структуре диагностических критериев и более подробное описание подраздела «дифференциальный диагноз».

В общих рубриках, таких, как шизофрения и аффективные расстройства, обязательно указывать особенности клинических проявлений (их атипичию) и течения, включая временной критерий диагностики данных заболеваний в детском и подростковом возрасте. Во многом критикуя и не соглашаясь с МКБ-10, тем не менее, целесообразно, чтобы дальнейшее развитие систематики психических расстройств шло по эволюционному пути развития (переход от МКБ-9 к МКБ-10 получился крайне революционным), с попыткой постепенного сближения точек зрения представителей разных направлений в систематике.

Вместе с тем, параллельно с рабочим процессом по подготовке МКБ-11, сохранение клинических традиций российской детской психиатрии требует объединения усилий детских психиатров по созданию национальной систематики психических расстройств детского возраста [5, 11], основанной на описательно-феноменологическом подходе с учетом стадий и этапов развития, возможно, по аналогии с французской [26] и китайской классификацией, имеющей около сорока культурально-специфичных диагностических категорий [15], при разработке которой также необходимо учитывать положительные тенденции мировой психиатрической науки и практики, в частности, такие, как развитие многоосевой диагностики с акцентом на имеющих отношение к лечению и психосоциальной реабилитации личностных характеристиках и социальном окружении пациента. В свою очередь, это будет способствовать более динамичному внедрению полипрофессионального (бригадного) подхода к оказанию психиатрической помощи детям и подросткам с психическими расстройствами.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гудман Р., Скотт С. Детская психиатрия, 2-е изд. М.: Триада-Х, 2008. 405 с.
2. Ковалев В.В. Психический дизонтогенез как клинко-патогенетическая проблема психиатрии детского возраста // Журн. невропатол. и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1981. № 10. С. 1505–1509.
3. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. М.: Медицина, 1995. 560 с.
4. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М.: Медицина, 1985. 288 с.
5. Ковалев В.В., Сосюкало О.Д. К совершенствованию систематики психических заболеваний у детей и подростков // Журн. невропатол. и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1984. № 10. С. 1506–1509.
6. Корень Е.В., Татарова И.Н., Марченко А.М. и соавт. Опыт применения МКБ-10 в российской детской психиатрии в перспективе пересмотра международной классификации // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. 19, № 4. С. 34–41.
7. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. 2-е изд. Л.: Медицина, 1985. 416 с.
8. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99). (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации) / Под ред. Б.А.Казаковцева, В.Б.Голланды. М.: Минздрав России, 1998. 512 с.
9. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия. Пер. с нем. М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. 624 с.
10. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М.: Медицина, 1955.
11. Шевченко Ю.С., Северный А.А. Клиническая оценка детской психической патологии в современных классификациях // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. 19, № 4. С. 29–33.
12. Boyle M.H., Offord D.R., Racine Y. et al. Identifying thresholds for classifying childhood psychiatric disorder: issues and prospects // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 1996. Vol. 35, N 11. P. 1440–1448.
13. Cantwell D.P. Classification of child and adolescent psychopathology // J. Child Psychol. Psychiatry. 1996. Vol. 37, N 1. P. 3–12.
14. Child and adolescent psychiatry / M.Rutter, E.A.Taylor (Eds.). 4th ed. Wiley-Blackwell, 2005.
15. Chinese Society of Psychiatry. Chinese classification of mental disorders, Third Edition (CCMD-3). Author, Jinan, 2002.
16. DSM-V Task Force and Work group Update APA Division of Research Report to the APA Board of Trustees. Submitted by: D.J.Kupfer, D.A.Regier, 2008.
17. Jensen P.S., Knapp P., Mrazek D.A. Toward a new diagnostic system for child psychopathology // Moving beyond the DSM. New York, London: The Guilford Press, 2006.
18. Jensen P.S., Mrazek D.A. Research and clinical perspectives in defining and assessing mental disorders in children and adolescents // Moving beyond the DSM. New York, London: The Guilford Press, 2006.
19. Kasius M.C., Ferdinand R.F., van den Berg H., Verhulst F.C. Associations between different diagnostic approaches for child and adolescent psychopathology // J. Child Psychol. Psychiatry. 1997. Vol. 38, N 6. P. 625–632.
20. Klerman G.L. The psychiatric patient's right to effective treatment: Implications of Osherhoff v. Chestnut Lodge // Am. J. Psychiatry. 1990. Vol. 147. P. 409–418.
21. Knapp P., Jensen P.S. Recommendations for DSM-V // Moving beyond the DSM. New York, London: The Guilford Press, 2006.
22. Krueger R.F., Bezdjian S. Enhancing research and treatment of mental disorders with dimensional concepts: toward DSM-V and ICD-11 // J. World Psychiatry. 2009. Vol. 8. P. 3–6.
23. Kupfer J., First M.B., Regier D.A. A research agenda for DSM-V. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2002.
24. Lengua L.J., Sadowski C.A., Friedrich W.N., Fisher J.J. Rationally and empirically derived dimensions of children's symptomatology: Expert ratings and confirmatory factor analyses of the CBCL // Consult. Clin. Psychol. 2001. Vol. 69, N 4. P. 683–698.
25. Mezzich J. International classification and diagnosis: critical experience and future directions // Psychopathol. 2002. Vol. 35. P. 59–61.
26. Mises R., Quemada N., Botbol M. et al. French classification for child and adolescent mental disorders // Psychopathology. 2002. Vol. 35. P. 176–180.
27. Psychiatric diagnosis and classification / M.Maj, W.Gaebel, J.Lopez, N.Sartorius (Eds.). Publisher: John Wiley & Sons, 2002. 270 p.
28. Psychiatric disorders in children and adolescents: results of the ICD-10 field trial // Pharmacopsychiatry. 1990. Vol. 23, Suppl. 4. P. 173–176.
29. Otero A.A. Glosario Cubano de Psiquiatria (GC-3). 9th ed. Cuba: Hospital Psiquiatrico de La Habana, 2003.
30. Regier D.A., Narrow W.E., First M.B., Marshall T. The APA classification of mental disorders: future perspectives // Psychopathol. 2002. Vol. 35, N 2–3. P. 166–170.
31. Remschmidt H., van Engeland H. (Eds.). Child and adolescent psychiatry in Europe. Historical development. Current situation. Future perspectives. New York, Darmstadt, Steinkopff: Springer, 1999. P. 409.
32. Rutter M., Gould M. Classification // Child and adolescent psychiatry. Modern approaches / M.Rutter, L.Hersov (Eds.). Oxford: Blackwell, 1985.
33. Seligman L.D., Ollendick T.H. Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: An integrative review // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 1998. Vol. 36. P. 366–373.
34. Stengel E. Classification of mental disorders // Bull. World Health Organization. 1959. Vol. 21. P. 601–663.
35. Werry J.S. Child psychiatric disorders: are they classifiable? // Br. J. Psychiatry. 1992. Vol. 161. P. 472–480.

## ПЕРСПЕКТИВЫ КЛАССИФИКАЦИИ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ

Е. В. Корень, А. И. Ковалев

В статье затрагиваются вопросы клинко-возрастных особенностей психиатрии детского возраста применительно к путям решения данных проблем в МКБ-10, связанных с наличием возрастного фактора, определяющего особенности и атипичию клинических проявлений психических расстройств у детей и подростков, а также использование принципа коморбидности в детской психиатрии. Указывается на избыточное количество рубрик в «детском» разделе, даются предложения для МКБ-11 на основе

психопатологии развития, а также подчеркивается необходимость обеспечения баланса между категориальным и дименсиональным подходами в классификации для обеспечения потребностей детской психиатрии в контексте идущей работы по подготовке к новому пересмотру МКБ-11.

**Ключевые слова:** МКБ-10, предложения по классификации для МКБ-11, детская психиатрия, клинический подход, коморбидность, многоосевая диагностика.

## CLASSIFICATION PERSPECTIVES IN CHILD PSYCHIATRY

E. V. Koren, A. I. Kovalyov

The article considers clinical-developmental issues associated with child psychiatry and the ICD-10 solutions for existing difficulties, specifically, the ones dealing with the 'age factor' that determines characteristics and variability of clinical symptoms of mental disorders in children and adolescents, as well as acceptability of the 'comorbidity' concept in child psychiatry. The authors point to excessive number of concepts in the chil-

dren's section and formulate proposals based on psychopathology of development, and also emphasize the importance of balance between categorical and dimensional approaches in preparation of a revised ICD-11, in order to provide for child psychiatry needs.

**Key words:** ICD-10, proposals on ICD-11, child psychiatry, clinical approach, comorbidity, multi-axial diagnosis.

**Корень Евгений Владимирович** – кандидат медицинских наук, руководитель отделения психической патологии детского и подросткового возраста, ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: evkoren@yandex.ru

**Ковалев Александр Иванович** – заведующий психиатрическим отделением клиники ГОУ ВПО Минздравсоцразвития России РостГМУ, ассистент кафедры психиатрии и наркологии ГОУ ВПО Минздравсоцразвития России РостГМУ, главный внештатный детский психиатр-эксперт МЗ Ростовской области; e-mail: aik\_psych@list.ru