

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И СОВРЕМЕННЫЕ ПРОГРАММЫ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ В ПСИХИАТРИИ

А.Е. Бобров

Московский научно-исследовательский институт психиатрии

Участие российских психиатров в адаптации и внедрении новых международных классификаций психических расстройств должно осуществляться с учетом опыта реализации в нашей стране МКБ-10. Многие из упущений, недосмотров и ошибок, которые были допущены в 90-х годах, до настоящего времени лежат тяжелым грузом на отечественной психиатрии и системе подготовки кадров в области психического здоровья [2, 14, 20]. Понимание этих проблем поможет нам более адекватно и взвешенно перейти к новому этапу развития психиатрии, который прямо или косвенно будет отражаться в новых классификациях.

Сложности, с которыми мы столкнулись при работе с МКБ-10, далеко не сразу стали очевидными. Первоначально казалось, что они были связаны с появлением новой и непривычной терминологии, а также с трудностями перевода. Появились такие, прежде неиспользовавшиеся в нашей стране термины, как легкое когнитивное расстройство, шизотипическое расстройство, паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство, расстройство адаптации, соматоформные расстройства и ряд других. По существу, по-новому стали обозначаться многие ключевые категории психопатологии. Среди них – невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами, расстройства зрелой личности и поведения у взрослых. Вся детская психиатрия и умственная отсталость, не говоря уж о психических и поведенческих расстройствах вследствие употребления психоактивных веществ, были коренным образом переформулированы. Сложности возникли и в связи со спорностью перевода таких терминов, как «Somatization disorder», «Histrionic personality disorder», «Pathological gambling» и другие, когда строгость перевода была принесена в жертву «привычным» клиническим конструкциям [3, 12, 14, 16, 19, 21].

Тем не менее, вначале казалось, что со временем наши специалисты привыкнут к новой терминологии, и все встанет на свои места. Однако формальное введение этих терминологических новаций оказалось малопродуктивным. Врачи с нежеланием переходили на новые понятия, поскольку не понимали их. Вскоре стало очевидным, что за новой терминологией в скрытой, имплицитной форме стоят незнакомые для отечественных психиатров клинические и теоретические концепции. Это, прежде всего, выразилось в дискуссиях по поводу понимания шизофрении и аффективных расстройств. В еще большей степени коренному концептуальному пересмотру подверглась область пограничной психиатрии, включая неврозы, реактивные состояния и патологию личности [4, 5, 7, 15].

Все указанные концептуальные сдвиги нашим научным и педагогическим сообществом не были должным образом осмыслены в силу общеизвестных объективных и субъективных причин. В результате у многих профессионалов сформировалось двойственное отношение к новой классификации. С одной стороны говорилось, что МКБ-10 – это всего лишь инструмент для сбора статистической информации. Однако с другой стороны, под влиянием диагностической практики, ориентированной на МКБ-10, начали подвергаться существенному пересмотру методологические основания отечественной психиатрии. Естественно, что этот пересмотр существенно ускорился под влиянием включения отечественных психиатров в международные психиатрические ассоциации и исследования (прежде всего, фармакологические). Все это способствовало нарастанию внутренних противоречий, которые, прежде всего, проявились в учебных программах по психиатрии вузов и последиplomной подготовки. Однако те же самые проблемы обнаружили себя и в сфере реформирования психиатрической службы, и в «спорах» об эффективности психотерапии, и в подходах к применению новых психофармакологических средств, и в борьбе с наркотиками и азартными играми.

Указанная двойственность и неравномерность восприятия новой научной реальности стала порождать утопические требования «вернуться к МКБ-9» или создать собственную «национальную» классификацию психических расстройств. Необходимость «переучиваться» на новый лад для ряда отечественных преподавателей оказалась неприемлемой по психологическим или статусным причинам. Все это усугубилось языковым «барьером», малой доступностью современной научной информации, а также «утечкой» кадров и неразвитостью научных технологий [10].

Отторжение МКБ-10 рядом отечественных психиатров было связано также с внутренней противоречивостью самой классификации. В ее тексте прямо декларируется «атеоретичность» и сугубо прикладной характер диагностических категорий, тогда как, на самом деле, МКБ-10 ввела в психопатологию целый ряд новых теоретических принципов [13, 18, 20]. Это привело к возникновению специфического методологического «барьера» в освоении данной классификации.

Важнейшим из новых принципов построения классификации явился принцип операциональности, согласно которому понятия могут определяться только через совокупность воспроизводимых экспериментально-измерительных операций. Следствием такого методологического поворота стало то, что диагностика психических расстройств начала производиться не на основе клинического опыта врача и интуитивного прогнозирования динамики заболевания, а на основе регистрации ограниченного количества относительно независимых стандартных признаков. Причем эти признаки должны единообразно описываться, а их применение следует осуществлять в соответствии с заранее заданной алгоритмизированной процедурой.

Кроме того, отрицание таких традиционных для отечественной психиатрии категорий как «невроз», «психоз» и «психопатия» привело к принципиально новому пониманию взаимосвязи психопатологических проявлений с социальными критериями психической состоятельности и дееспособности. Вместо прямой зависимости диагноза от психопатологических характеристик и прогноза в МКБ-10 было введено представление о нарушениях социального функционирования, как важнейшем критерии психического расстройства [9, 11]. В результате стал более отчетливым переход от традиционных медико-биологических воззрений (и иллюзий) к социально-психологической парадигме [6]. Понятие нозологии как «единства клиники, динамики и этиопатогенеза» сменилось на нозографию как преимущественно таксономическое описание условных психопатологических единиц, которые стали обозначаться термином «расстройство». Представления о патопластике, патоморфозе и регистрах психопатологических нарушений сменились концепцией коморбид-

ности. При этом появились более четкие дефиниции всех терминов, диктующие более дифференцированное и формализованное описание наблюдаемых в клинике феноменов. В итоге клиницистам пришлось отказаться не только от представлений о болезни, но и о синдроме, а понятие симптома в значительной мере стало заменяться термином «критерий».

Понятно, что в условиях социально-экономического кризиса отечественное научно-педагогическое сообщество оказалось не готовым к этому. Достойных концептуальных альтернатив предложено не было, а вместо этого были осуществлены попытки создания «переводов» одних понятий в другие, чему служили различного рода «таблицы» для сопоставления различных по своей сущности понятий. Все это не могло не сказаться на системе профессионального образования, в результате чего реальные преимущества новой классификации были серьезно затуманены.

Между тем, МКБ-10 не только открыла пути для интеграции отечественной психиатрии с психиатрическими школами других стран [1, 13, 14]. Она привнесла такие позитивные стороны в нашу клиническую теорию и практику, как единообразие и четкость диагноза, его многомерность и структурированность, а также открыла возможности для большей дифференциации психопатологических состояний. МКБ-10 позволила представить всю совокупность психопатологических состояний в форме единой системы категорий. Она существенно расширила и усложнила картину нозографических понятий, особенно в области пограничных психических расстройств. Все это оказалось возможным за счет повышения надежности и воспроизводимости диагностических заключений, уменьшения в них доли субъективизма, теоретических пристрастий и социально-идеологического давления. Данное обстоятельство, в свою очередь, впервые в истории отечественной психиатрии поставило вопрос о выработке единых стандартов лечения, реабилитации и профилактики, базирующихся на диагнозе.

С учетом сказанного, в качестве важнейшего условия реализации новых образовательных программ, которые будут предлагаться мировым психиатрическим сообществом, является раскрытие их методологических основ [6]. Попытки «смикшировать» или игнорировать концептуальные истоки вводимых диагностических процедур и категорий будут приводить к появлению закономерных противоречий старых и новых подходов, создавать излишнее сопротивление и протест со стороны практикующих специалистов.

Понимая всю важность этого, хотелось бы указать на некоторые существенные элементы современного методологического состояния психиатрии.

Ключевым в этой области является понятие специфичности метода познания, который использует наука. С прежних времен ответом на данный вопрос

является многократно тиражируемое положение о том, что основным методом психиатрии является клинико-психопатологический метод. Однако это утверждение верно только отчасти. Методология психиатрии за последние годы существенно усложнилась. Прежде всего, целесообразно выделять некоторые разновидности клинико-психопатологического метода. К ним следует, прежде всего, отнести классический феноменологический метод. Однако он – не единственный. Сегодня можно в качестве самостоятельных методов выделить клинико-описательный подход, а также говорить об интерпретативном (герменевтическом в широком смысле) методе. Кроме этого, следует выделить категориальный и димензионный принципы оценки психопатологических явлений. Последний породил психометрический подход, который, в свою очередь, имеет дело с различными по своей природе психопатологическими характеристиками – интегративной клинической оценкой состояния больного, интроспективной оценкой своего самочувствия пациентом, а также дескриптивным анализом поведения и взаимодействий.

Если говорить кратко, то феноменологический метод базируется на том, что психопатологические феномены и связи между ними интуитивно (а точнее, – эмпатически) «схватываются» и опосредуются субъективным восприятием клинициста, а затем многократно воспроизводятся в его клиническом опыте [17, 22, 27]. Такое воспроизведение и сопоставление с опытом других клиницистов является основой для объективации и клинической квалификации психопатологических феноменов, проявляющейся в так называемой «договоренности» профессионалов. Указанный метод характеризуется целостностью и в то же время недостаточной дифференциацией, он интуитивен, а значит, подвержен влиянию произвольных предпочтений и субъективизма. В то же время такой подход универсален, эмпиричен и базируется на экспертных оценках. Кроме того, он в силу указанных свойств нацелен на выявление «ведущего» синдрома и внутренне связан с представлениями о нозологической классификации психических расстройств.

Вторая разновидность клинико-психопатологического метода сопряжена с клинико-описательной методологией, которая в большой степени реализована в МКБ-10 [1, 14]. Она нацелена на объективированное наблюдение и стандартизированное описание воспроизводимых психопатологических, физиологических и социальных проявлений психического расстройства. Этот метод позволяет выделять диагностические критерии с наибольшей дифференцирующей способностью, то есть он является по своей природе критериальным. Клинико-описательный метод базируется на четко описанных правилах постановки диагноза, что обуславливает его операциональность. Наконец, он предполагает

необходимость соотнесения выделенных параметров с другими признаками психических расстройств, имеющимися у больного. Такое сопоставление производится аддитивно, что приводит к понятию коморбидности психических расстройств. При этом указанные расстройства рассматриваются как самостоятельные и относительно независимые состояния. Рассматриваемый метод позволяет валидизировать классифицируемые категории на основе их воспроизводимости и согласованности оценок экспертов, а также учитывает при выделении диагностических категорий их клиническую интерпретацию и социальную значимость.

Клинико-описательный метод стремится к однозначности диагностических заключений, что может находить выражение в избыточной жесткости и механистичности диагностических процедур. Он отличается сложностью правил и процедур, что приводит к чрезмерной формализации диагностики. Вместе с тем, клинико-описательный метод позволяет осуществлять детальную категоризацию психических расстройств и давать им количественную оценку. Независимость оценок и коморбидность в рамках данного методологического подхода порождают многомерную димензионную оценку психического состояния. Однако в рамках этого метода не удастся адекватно учитывать динамику психических расстройств и реализовывать диалектические положения «психиатрии течения».

Третий метод – интерпретативный. Его суть можно свести к стремлению описать, понять и концептуально объяснить значение различных психопатологических феноменов, исходя из представлений об их системной организации, динамических взаимосвязях и иерархической структуре. При таком подходе клинические феномены являются лишь отражением интрапсихических и интерперсональных процессов (побуждений, переживаний, форм коммуникаций, структурно-динамических перестроек психики), а сама психопатология оказывается преломлением психологических процессов, протекающих в норме. Существенной задачей интерпретативного подхода является выявление процесса изменений интрапсихической структуры, тогда как ее внешнее выражение в форме симптомов, синдромов или расстройств – малозначимо и вторично. При этом «понимание» психических расстройств без их концептуального объяснения невозможно [23, 26].

Указанный метод особенно часто используется в психотерапии. При этом он грешит теоретической относительностью, в результате чего выводы могут приобретать спекулятивный или догматический характер. В то же время это не исключает эквивалентности различных интерпретаций. Характеризуя интерпретативный метод, следует также подчеркнуть, что в крайнем своем выражении он анологичен, поскольку не делает принципиальных различий между нормой и патологией. Вместе с

этим указанная методология предоставляет богатые возможности для оценки закономерностей трансформации психопатологических состояний, не сводимой к прогрессивной «процессуальности». Она также потенциально открывает богатые возможности для психофизиологических сопоставлений.

Еще одним важным моментом, на который все чаще обращается внимание в современных классификациях психических расстройств, является принцип димензинности. Он базируется на предположении, что психопатологические явления могут быть измерены, а поскольку измерения отдельных характеристик самостоятельны и независимы, то это теоретически порождает потенциальную многомерность психопатологических оценок. Данное обстоятельство широко используется в клинических шкалах, которые получили за последние годы чрезвычайно широкое распространение.

Между тем, в данном подходе имеются серьезные методологические нюансы. Дело в том, что клиницист должен совершенно четко понимать, что он измеряет, используя психометрические инструменты. Без этого все измерительные процедуры теряют смысл. Опыт работы в этой области показывает, что на сегодняшний день существует три различных подхода к сбору информации для реализации измерительных процедур в психиатрии [25]. Первый связан с использованием клинических рейтинговых шкал типа шкалы Гамильтона для депрессий. При их использовании клиницист опирается на собственную, почерпнутую из опыта, меру выраженности психопатологического феномена, например, депрессии. Говоря другими словами, фиксируя пониженное настроение или ангедонию, психиатр, помимо внешних признаков и высказываний больного, учитывает также степень собственного эмпатического восприятия нарушений в аффективной сфере пациента.

Второй психометрический подход направлен на регистрацию интроспективных оценок больного и базируется на его самоотчете. Примером такого подхода является опросник Бека для депрессии. Количественная оценка тяжести депрессии производится на основании регистрируемых самим пациентом субъективных признаков психического расстройства. Понятно, что такой принцип может иметь существенные отличия от интегративной клинической оценки, поскольку внутренняя картина заболевания всегда имеет свои специфические особенности.

Наконец, третий подход, реализуемый в психометрических процедурах, состоит в регистрации объективных реакций пациента на стандартные стимулы. Так, в случае использования с целью диагностики депрессий психодиагностической методики ММИЛ (Методика многостороннего исследования личности) выборы, которые совершает пациент, отвечая на пункты теста, определяются его доминирующими отношениями и установками. Аналогичная ситу-

ация складывается при проведении нейрокогнитивных проб. Говоря иначе, подобные психометрические тесты позволяют объективно регистрировать стили реагирования больных и по своей природе могут рассматриваться как методики дескриптивного анализа поведения.

Все эти соображения важно учитывать при построении классификации и построении типологии психопатологических состояний, поскольку общий методологический дрейф в этой области направлен в сторону разработки димензионных и многомерных моделей.

Однако и здесь возникают свои вопросы. Центральным из них является определение ведущих осей психопатологической оценки. В прежних классификациях, в частности, в DSM-IV, в качестве самостоятельных осей выделялись ось категориальной психопатологической диагностики, ось личностных расстройств и интеллектуальных нарушений, ось соматической отягощенности, ось выраженности психосоциального стресса, а также ось, характеризующая уровень социального функционирования [24]. Какое отражение найдут эти плоскости психиатрической оценки в будущих классификациях психических расстройств, на основании каких теоретических и практических соображений они будут выделяться?

Представляется, что при любом раскладе принципиальным в методологическом плане является учет социальной обусловленности диагностики. Это подразумевает необходимость использования классификации в различных и подчас мало перекрывающихся сферах психического здоровья, которые задаются общественными потребностями. К таким сферам относятся функции, связанные с определением индивидуального прогноза, разработкой дифференцированных лечебных и реабилитационных планов, экспертизой, определением организационных приоритетов психиатрических служб, их взаимоотношений с общей медициной и социальной сферой. Особенно актуальным для нашей страны является создание классификации психических расстройств для специалистов первичной медико-санитарной помощи. Наконец, новая классификация должна открывать возможности для изучения патогенеза и социогенеза психических расстройств.

В заключительном разделе хотелось бы подчеркнуть, что каждая новая версия международной классификации психических расстройств не только фиксирует изменения, произошедшие в психиатрии за некоторый промежуток времени, но и намечает новые перспективы для ее развития. Если мы попытаемся посмотреть в ближайшее будущее, то прогресс нашей науки в большой степени будет связан с разработкой социально-профилактических программ, а также формированием и развитием так называемой «электронной психиатрии». Указанные направления далеко не сводятся к организационным мерам, направленным на активизацию социально-

психологических ресурсов, введению систем определения индивидуальных «рисков» психических расстройств, а также появлению психиатрических служб сопровождения пациентов по Интернет. В методологическом отношении важно, что указанные направления развития психического здоровья будут реализовываться на базе новых понятий и концепций, определяющих психопатологические проблемы не только, как говорил П.Б.Ганнушкин [8], от «патологии к норме», но и в обратном направлении – от «нормы к патологии». Это естественно приведет к переформулированию «старых» категорий и созданию условий для расширения социальной базы психопрофилактики.

Если суммировать все сказанное и постараться выразить это в практических рекомендациях по реализации образовательных программ для врачей, то можно предложить следующее.

- Сопроводить введение новых международных классификаций соответствующим теоретическим (методологическим) обоснованием, которое позволяло бы осуществить адекватный перевод терминов

и концептуальное «согласование» прежних и новых классификационных парадигм. Это особенно относится к психометрическим разделам.

- Определить уровни компетенции для вынесения диагностических заключений специалистами разной квалификации и различных профессиональных групп, включая психиатров, врачей общего профиля, психологов, представителей правоохранительных органов и др. Соответственно этому разработать несколько версий, применимых для различных задач и условий психиатрической диагностики (терапия и реабилитация, профилактика, экономические и организационные мероприятия, экспертиза и т.п.).

- Создать условия для постепенного овладения специалистами новым материалом (обсуждение, обучение, проверка, коррекция, проверка навыков), определить основные этапы и формы обучения. Обеспечить методическое и компьютерное сопровождение новых классификаций. Целесообразно с этой целью усилить роль профессиональных ассоциаций в работе по адаптации новых классификаций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамов В.А. МКБ-10 – методологическая и клиническая основа реформ в психиатрии // Журнал психиатрии и медицинской психологии. 1999. Т. 5, № 1. С. 3–12.
2. Бобров А.Е. Актуальные проблемы последилового образования в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 19, № 4. С. 77–81.
3. Бобров А.Е. Азартное расстройство (патологическая склонность к азартным играм): клинические, лечебно-профилактические и психосоциальные аспекты. М.: ИД «Медпрактика-М», 2008. 268 с.
4. Бобров А.Е. О совершенствовании классификации расстройств личности // Материалы общероссийской конференции Реализация подпрограммы «Психические расстройства» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями (2007–2011 гг.)». М.: Российское общество психиатров, 2008. С. 35–36.
5. Бобров А.Е. Тревожные расстройства: их систематика, диагностика и фармакотерапия // Русский медицинский журнал. 2006. Т. 14, № 4. С. 328–332.
6. Бобров А.Е., Довженко Т.В., Кульгина М.А. Медицинская психология в психиатрии. Методологические и клинические аспекты // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 1. С. 70–75.
7. Вельтищев Д.Ю. Аффективная модель стрессовых расстройств: психическая травма, ядерный аффект и депрессивный спектр // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. Т. 16, № 3. С. 104–108.
8. Ганнушкин П.Б. Психиатрия, ее задачи, объем, преподавание // Избранные труды по психиатрии / Под ред. О.В.Кербикова. Феникс, 1998. С. 37–38.
9. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Ремиссии и личностно-социальное восстановление (recovery) при шизофрении: предложения к 11 пересмотру МКБ // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, № 4. С. 34–39.
10. Давтян Е.Н. Психиатрия сегодня: последствия глобализации // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2012. № 4. С. 3–6.
11. Кирьянова Е.М., Сальникова Л.И. Социальное функционирование и качество жизни психически больных – важнейший показатель эффективности психиатрической помощи // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 3. С. 73–75.
12. Корень Е.В., Татарова И.М., 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.
13. Корнетов Н.А. МКБ-10 без адаптации – краеугольный камень реформы отечественной психиатрии // Вісник Асоціації Психіатрів України. 1998. № 3. С. 39–54.
14. Краснов В.Н. Диагноз и классификация психических расстройств в русскоязычной психиатрии: раздел расстройств аффективного спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 4. С. 58–63.
15. Краснов В.Н. Тревожные расстройства: их место в современной систематике и подходы к терапии // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, № 3. С. 33–38.
16. Михайлов Б.В. Клиника и принципы терапии соматоформных расстройств // Международный медицинский журнал. 2003. Т. 9, № 1. С. 45–49.
17. Савенко Ю.С. Введение в психиатрию. Критическая психопатология. М.: Логос, 2013. 448 с.
18. Савенко Ю.С. Переболеть Фуко // Новое литературное обозрение. 2001. № 49. <http://magazines.russ.ru/nlo/2001/49/savenko.html>.
19. Тиганов А.С., Пантелеева Г.П., Цуцурловская М.Я. Эндогенные психические заболевания в адаптированной для использования в Российской Федерации версии международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) // Психиатрия. 2003. Т. 2, № 2. С. 17–25.
20. Точилев В.А. МКБ-10 в России – конец классической психиатрии? // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 4. С. 64–68.
21. 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.
22. Ясперс К. Собрание сочинений по психопатологии в 2-х т. М.: Издательский центр «Академия», 1996. Т. 2.
23. Arminjon M. Is psychoanalysis a Folk-psychology? // Frontiers in Psychoanalysis and Neuropsychology. 2013. Vol. 135, N 4. P. 4–9.
24. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR Fourth Edition (Text Revision). Am. Psychiatric Pub., 2000. 943 p.
25. Kursakov A.A., Bobrov A.E. Depression from different perspectives: does the approach to symptoms evaluation determine core components of the disorder? // Abstracts of EPA, 2014. P. 1249.
26. Malan D. Individual psychotherapy and the science of psychodynamics. London etc.: Butterworth & Co, 1979. 275 p.
27. Wiggins O.P., Schwartz M.A. Karl Jaspers // Encyclopedia Phenomenology / B.L.Embree (Ed.). Springer, 1997. P. 371–376.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И СОВРЕМЕННЫЕ ПРОГРАММЫ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ В ПСИХИАТРИИ

А.Е. Бобров

Рассматривается опыт реализации в нашей стране МКБ-10. Связанные с этим сложности были обусловлены появлением новой и непривычной терминологии, а также трудностями перевода. Оказалось также, что за новой терминологией скрываются незнакомые для отечественных психиатров клинические и теоретические концепции. Под влиянием диагностической практики, ориентированной на МКБ-10, начали подвергаться болезненному пересмотру методологические основания отечественной психиатрии.

В то же время МКБ-10 позволила открыть пути для интеграции отечественной психиатрии с психиатрическими школами других стран. Она привнесла в нашу клиническую теорию и практику единообразие и четкость диагноза, его многомерность и структурированность, а также способствовала повышению его надежности и воспроизводимости. МКБ-10 существенно расширила и усложнила картину нозографических понятий,

особенно в области пограничных психических расстройств.

В работе подвергаются методологическому анализу клинико-психопатологический подход, доминирующий в нашей стране, выделены его разновидности (феноменологический, клинико-описательный и интерпретативный), а также категориальный и размерный принципы оценки психопатологических явлений. Анализируются варианты психометрического подхода.

Адаптация и внедрение МКБ-11 должны сопровождаться исходным методологическим обоснованием классификации, определением дифференцированных уровней диагностической компетенции для специалистов с разной квалификацией. Важно также создавать условия для постепенного овладения специалистами новым материалом.

Ключевые слова: классификация психических расстройств, образование в психиатрии, методология в психиатрии.

METHODOLOGICAL ISSUES OF MENTAL DISORDERS DIAGNOSIS AND MODERN PROGRAMS FOR TRAINING PSYCHIATRISTS

A.E. Bobrov

The author reflects on outcome of using the ICD-10 in Russia. Initially the problems brought about by this classification had to do with new and unusual terms, not to mention the translation problems. The new terms appeared to represent clinical and theoretic concepts unknown to Russian psychiatrists. Thus, under the influence of diagnostic practice oriented to the ICD-10, started the process of a painful revision of methodological basis of Russian psychiatry.

On the other hand, the ICD-10 opened the way to integration of Russian psychiatry with psychiatric schools of other countries. It brought into our clinical practice and theory unified and distinct diagnoses, with their multidimensional and structured construction, and it contributed to its reliability and reproduction. The ICD-10 significantly expanded and enriched the scope of nosographic concepts, especially in the domain of borderline mental disorders.

The author provides a methodological analysis for the clinical-psychopathological approach commonly used in this country, and distinguishes specific types of this approach (phenomenological, clinical-descriptive and interpretational) and also for categorial and dimensional approaches used in evaluation of psychopathological phenomena. The author also analyses the variants of psychometric approach.

The process of adaptation of the ICD-10 and its introduction into practice should go hand in hand with provision of methodological ground for this classification and distinguishing differential diagnostic competence levels for professionals with different levels of knowledge and practical experience. Besides, the new material should be learned gradually, and there should be conditions for doing that in the course of training.

Key words: classification of mental disorders, education in psychiatry, methodology of psychiatry.

Бобров Алексей Евгеньевич – доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по учебной работе ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: bobrov2004@yandex.ru