

СОВРЕМЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИНЦИПОВ ДИАГНОСТИКИ И КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

В.Н. Краснов

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал «Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского» Минздрава России

В последние годы мы являемся свидетелями и вольными или, даже в большей мере, невольными участниками радикальных изменений в психиатрической диагностике, соответственно – в классификации психических расстройств. Классификация собственно психических расстройств мало-помалу становится классификацией поведенческих расстройств, в которых психопатологический компонент не всегда фиксируется и все реже подвергается феноменологическому анализу. Тем самым отдельные аномальные признаки в высказываниях/жалобах либо в невербальном поведении пациента в лучшем случае остаются симптомокомплексами либо только симптомами, не достигая уровня синдрома как целостного, иерархически организованного и имеющего те или иные динамические тенденции (упрощения, усложнения, трансформации) образования.

В отличие от систематики как строго следующих единому порядку таксонов, соотносенных с рабочей гипотезой и имеющимися на данный момент научными знаниями, классификация – суть продукт консенсуса, отражающего различные влияния – не только клинические, но и социокультуральные, правовые, организационные. Именно организационные потребности и меняющиеся возможности помощи психически больным являются сегодня первостепенными факторами, определяющими периодические изменения классификаций в психиатрии, обычно раз в два десятилетия. Показательно, что многочисленные и разнообразные нейробиологические достижения последнего времени, вопреки определенным надеждам, не повлияли существенно на диагностику психических расстройств и не нашли отражения в новых классификационных подходах. В качестве примера можно сравнить осуществлявшуюся специально в рамках подготовки новой классификации программу международных научных исследований [1] и опубликованную в 2013 году Американскую

диагностико-статистическую номенклатуру психических расстройств [3]. Здесь мы не найдем указаний на безусловно доказательные нейробиологические маркеры или даже отдельные факты, дифференцирующие клинически близкие, но на практике требующие различных терапевтических и реабилитационных подходов. А декларируемые в качестве новых дополнительных объективирующих параметров выраженности или тяжести расстройств предлагаются условные ранговые величины – дименсии.

Последние по времени классификации психических и поведенческих расстройств (DSM-5 и проекты ICD-11) демонстрируют явные тенденции к упрощению диагностических категорий и даже к сокращению в части случаев до минимума операциональных критериев постановки диагноза. Есть достаточно оснований связывать эти тенденции с увеличением во многих странах числа врачей общей практики, как правило, проходящих более или менее основательную подготовку по проблемам психического здоровья. Во многих странах врач общей практики обладает правом первичной диагностики и назначения некоторых психотропных средств, прежде всего антидепрессантов последних поколений. Обладая знаниями и навыками выявления сложных и затяжных психических расстройств, тем более психотических состояний, врач общей практики направляет больных с такого рода состояниями в специализированную психиатрическую службу. При таком взаимодействии врачу общей практики достаточно знаний первичной диагностики и кратковременных несложных лечебных мероприятий в рамках своей компетенции. Работа в первичном звене здравоохранения, безусловно, создает условия для более эффективной и менее затратной работы высококвалифицированного врача-психиатра и собственно психиатрических учреждений. Важно отметить, что врач общей практики неотягощен пресловутой психиатрической стигмой и изначально не вызывает опасений и недо-

верия, с которыми нередко сталкиваются врачи-психиатры. А это, в свою очередь, обеспечивает своевременное оказание необходимой помощи. В известной мере диагностические функции могут выполнять также клинические психологи, но без прав на биологическую терапию. Тем самым, в современных условиях полипрофессиональной помощи рациональное упрощение диагностической процедуры (разумеется, без потери валидности объекта диагностики) может играть и положительную роль. Простота и практичность (utility) поддерживается ВОЗ как отвечающие различным кадровым ресурсам в разных странах, особенно там, где недостаток психиатров восполняется деятельностью других специалистов либо даже парамедиков. Наконец, сегодня можно считать общепризнанным, что лечение психических расстройств наиболее перспективно при установлении партнерских отношений с пациентом и его родственниками, а это тоже требует определенной понятности для больного определения его заболевания, разумеется, без вульгаризации и замены традиционных терминов «политкорректными» обозначениями.

В качестве наиболее показательного примера клинически неадекватного и даже опасного (применительно к выбору терапии) упрощения является устранение типов шизофрении и сведения их к единственному варианту, независимо от психопатологической структуры, течения и исходов. Такая диагностика шизофрении уже закреплена в DSM-5, причем диагноз шизофрении определяется всего лишь пятью операциональными критериями: бред (без принципиальной дифференциации на острый чувственный и интерпретативный виды, с исключением критериев К.Шнайдера), галлюцинации, дезорганизованная речь, дезорганизованное поведение, негативная симптоматика. Из этого перечня относительно патогномична для шизофрении лишь негативная симптоматика. Впрочем, в последнем по времени проекте ICD-11, при очевидном сходстве с аналогичным разделом DSM-5, присутствуют 7 признаков, в том числе переживания воздействия/овладения. Кроме того, при выявлении в структуре шизофренического эпизода, например, кататонических включений, предусмотрены специальные дополнительные указания (qualifiers), в таком случае диагноз может быть сформулирован как «шизофрения с кататоническими признаками». Разумеется, это не меняет очевидного сходства, иногда дублирования некоторых категорий, а главное – общих принципов обеих классификаций, строящихся на эксплицитном подходе к диагностике.

Эксплицитная диагностика опирается на очевидные проявления патологии, на жалобы и поведенческие особенности, не требующие сложного клинико-психопатологического анализа. Эта поддерживаемая ВОЗ и организациями здравоохранения в большинстве стран мира позиция, по-видимому, оправдывается с прагматических позиций масштабной органи-

зацией помощи. Однако отказ от внимания к нюансам феноменологии и вообще к структурно-динамическим особенностям психических расстройств лишает психиатра ориентиров в выборе гибкой терапевтической тактики, а организаторов помощи – в дифференциации организационных форм помощи. Несомненно и ущерб, который будет нанесен учебному процессу, который никогда не будет полноценным без знания психопатологии. Стоит вспомнить, что еще в 2007 году одна из лидеров Американской психиатрической ассоциации N.Andreassen опубликовала вызвавшую широкий резонанс статью под названием «DSM и смерть феноменологии в Америке» [2]. Автор предлагала обратиться к богатому опыту европейской психиатрии, полагая ущербными упрощенческие тенденции в клинической психиатрии США. Однако последующее десятилетие показало, что ее голос не был услышан.

Наряду с упрощением диагностики и сокращением ряда привычных и достаточно понятных подготовленному специалисту клинических категорий в новых классификациях появились считающиеся самостоятельными клиническими формами по существу социально-психологически обусловленные поведенческие аномалии. Выразительным примером здесь является Hoarding, чрезмерное накопительство, коллекционирование ненужных вещей, что может быть симптомом ряда психических расстройств (резидуальная шизофрения, обсессивно-компульсивное расстройство, деменция, личностное расстройство), но весьма часто выявляется у практически здоровых лиц – как характерный феномен «общества потребления», косвенным проявлением которого могут явиться бессмысленное накопительство и так называемый шопоголизм. Другим примером сомнительной клинической самостоятельности является действительно болезненное, но гетерогенное поведенческое нарушение – Skinpicking (патологические экскориаии), выделяемое в качестве варианта обсессивно-компульсивного расстройства (хотя в клинике это нарушение может встречаться при тяжелой умственной отсталости, дефектных состояниях шизофренической природы, патохарактерологических реакциях). Такого рода квазиэтиологические феномены никак не соотносятся с конкретными терапевтическими подходами.

Нельзя не отметить и некоторые положительные тенденции, намеченные в новых классификациях. В частности, они касаются приближения в части разделов к построению функционального диагноза. Специальное внимание уделяется возможностям социального функционирования, особенно в ремиссии.

Вместе с тем обнаруживаются все более активные (разумеется, исходящие не от психиатров) попытки включения в психиатрическую классификацию социально-психологических проблем, требующих перво-степенного участия в их разрешении различных

государственных структур – юридических, правоохранительных, педагогических, экономических, служб социальной поддержки и т.п.; именно такие тенденции очевидны при сравнении весьма скромного по объему упоминания проблем, «заслуживающих внимания психиатров», в DSM-IV и необычайно расширенного подобного раздела в DSM-5, посвященного состояниям (по существу – проблемам), связанным с насилием над детьми, насилием в семье, трудностями родительских отношений, разводами, сексуальным насилием, экономическими трудностями, безработицей, бездомностью и т.п.; это намерение переложить на психиатрию решение немедицинских проблем хорошо знакомо отечественным психиатрам, которые приложили немало усилий, чтобы изжить клеймо политического злоупотребления психиатрией и предотвратить любое немедицинское вмешательство в ее деятельность.

Складывающиеся тенденции являются, по-видимому, оборотной стороной безусловно прогрессивных изменений в психиатрии последних десятилетий, а именно – процессов деинституционализации с предоставлением все большей автономии (и одновременно ответственности) пациентам и их родственникам, а также распространению и развитию полипрофессиональной системы работы в психиатрии со все большим участием клинических психологов в оказании помощи лицам с психическими расстройствами. Вместе с тем итогом этих процессов оказалось существенное численное доминирование психологов в полипрофессиональных группах помощи, а также появление неспециалистов, выполняющих менеджерские или иные вспомогательные функции (пока эта ситуация не характерна для отечественной психиатрии). Многократный количественный перевес клинических психологов уже дает о себе знать в выделении и формулировании некоторых диагностических категорий в североамериканской, отчасти британской и иных англоязычных психиатрических школах. Принадлежность некоторых новых классификационных категорий к собственно психиатрической (клинической) нозографии либо сомнительна либо чрезмерно расширительна. Психологические формулировки и интерпретации эксплицитных данных применительно к некоторым аномальным либо акцентуированным поведенческим актам легко принимаются за констатацию болезни страховыми компаниями, а увеличение нозографических единиц очевидно стимулирует активность фармацевтических компаний в расширении показаний уже известных терапевтических средств.

Уязвимость позиции врачебного сообщества и других специалистов (включая и действительно клинически ориентированных и расположенных к врачебно-психологической кооперации) заключается в том, что практически любая терапия в психиатрии является симптоматической, а вновь

появляющиеся в психиатрической номенклатуре формы как раз наиболее доступны психологическим методам воздействия. Тем самым повышается роль клинической психологии (соответственно – востребованность деятельности клинических психологов) в расширяющихся границах психиатрической нозографии.

Биологическая терапия до настоящего времени неспецифична. Все нейромедиаторные и нейрорецепторные концепции в психофармакологии дают лишь частичное объяснение действия тех или иных препаратов, особенно на начальных этапах их применения. Дифференцирующими ориентирами во врачебных назначениях зачастую служат не присутствующие в официальных рекомендациях показания, а известные нейро- и соматотропные побочные эффекты, которых важно избежать при проведении активной терапии. Между тем соматотропные эффекты (включая и положительное действие) психотропных средств, особенно их сочетаний, в целом мало изучены. Задача так называемой персонализации (точнее говоря – индивидуализации) терапии пока в большинстве случаев остается декларативной.

Психологические методы помощи, даже будучи эклектичными и не имеющими строгих доказательств, в значительно большей мере индивидуализированы, поскольку опираются на интерперсональное взаимодействие специалиста, как правило, клинического психолога, и пациента, при этом вовлекают пациента в терапевтическую работу. Не отдавая приоритета ни врачу-психиатру, ни клиническому психологу, правомерно упомянуть о действенности и собственно личностно-ориентированных немедикаментозных подходов. Обозначенные выше процессы совпадают по времени или напрямую сопряжены с последовательной утратой – по мере развития высокоразрешающих исследовательских технологий – «биологической» доказательности прежней нозологической системы с сохранением ее лишь как условной дидактической конструкции. Надежды на повышение надежности диагностики за счет все более широкого применения дименсиональных подходов связаны, прежде всего, с не лишенными субъективизма ранговыми характеристиками. О доклинической диагностике на основе биологических показателей, имеющих многократно доказанную в независимых исследованиях значимость биомаркеров, пока говорить преждевременно: если они и выявляются, то лишь в части случаев и при клинически уже очевидном развитии заболевания.

Кризис в развитии классификации психических расстройств выражается в выделении ряда якобы самостоятельных клинических форм – по существу симптомокомплексов или симптомов – на основе регистрации очевидных проявлений, без анализа их возможной включенности в более сложный психопатологический контекст. То есть вместо традиционного феноменологического и динамического анализа

(пусть и не имеющего нейробиологических или общефизиологических подтверждений, но учитывающего изменения социального функционирования как необходимого критерия болезни) используется упрощенная эксплицитная диагностика (при этом вполне произвольная, как будто и не требующая

доказательств). Все более очевидным становится конфликт между «устаревающей», но пока не имеющей полноценной замены врачебной (психопатологической) диагностикой, и ищущей своих классификационных обозначений клинико-психологической диагностикой.

ЛИТЕРАТУРА

1. A Research agenda for DSM-V / D.Kupfer, M.First, D.Regier (Eds.). Am. Psychiatric Assoc. Washington, 2002.
2. Andreasen N. DSM and the death of phenomenology in America: An example of unintended consequences // Schizophr. Bull. 2007. Vol. 1, N 1.P. 108–112.
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. DSM- 5. Am. Psychiatric Assoc. Washington, 2013.

СОВРЕМЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИНЦИПОВ ДИАГНОСТИКИ И КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

В.Н. Краснов

В статье обсуждаются происходящие в настоящее время изменения в классификации психических расстройств. Осуществляется критический анализ современных диагностических подходов в психиатрии,

рассматриваются причины существующих в этом отношении тенденций.
Ключевые слова: классификация, диагностика, психические расстройства, расстройства поведения, DSM-5, ICD-11.

PRESENT-DAY CHANGES IN MENTAL DISORDERS DIAGNOSTIC AND CLASSIFICATION PRINCIPLES

V.N. Krasnov

Present-day changes in classification of mental disorders are discussed in the article. Critical analysis of modern diagnostic approaches in psychiatry is done, the reasons of current tendencies are considered.

Key words: classification, diagnostics, mental disorders, behavior disorders, DSM-5, ICD-11

Краснов Валерий Николаевич – доктор медицинских наук, профессор, директор Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФБГУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail:valery-krasnov@mail.ru