

## КЛАССИФИКАЦИЯ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ В ПЕРСПЕКТИВЕ ПРИНЯТИЯ МКБ-11

Е.В. Корень, Т.А. Куприянова

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии*

Проблемы классификации относятся к числу наиболее актуальных, по существу, центральных вопросов в психиатрии, объединяющих ее теорию и практику и определяющих перспективы развития данной медицинской специальности. Принятие МКБ-10 характеризовало собой радикальное изменение подходов к классификации как отражение глобальных тенденций в мировой психиатрии, связанных как с кризисом медицинской модели психического расстройства с одновременным усилением внимания общества к проблемам психического здоровья, так и с признанием недостаточности современной доказательной базы для создания этио-патогенетически ориентированной классификации психических расстройств [3–5].

Значительный временной период, прошедший с момента начала практического использования МКБ-10, указывает на фундаментальный характер содержащихся в ней нововведений и свидетельствует о том, что она оказала значительное влияние на теорию и практику мировой психиатрии, несмотря на усилившееся с принятием МКБ-10 принципиальное противостояние двух главных направлений психиатрической систематики, основывающихся на различном понимании значения клинической картины психических расстройств [4, 6].

На примере эволюционирования МКБ последних пересмотров можно проследить постепенное вытеснение этиологического принципа из международной классификации с тенденцией использовать диагностические рубрики лишь в качестве функциональных наименований, где термин «заболевание» заменен на «расстройство». Ориентированное на категориальную диагностику определение клинической картины становится не столько средством выявления причин развития психических нарушений, сколько целью самого диагностического процесса, который направлен, прежде всего, на решение практических задач статистики, в первую очередь, за счет воспроизводимости диагноза в ущерб его валидности, что существенно «разрыхляет» возможности нацеленной терапии и прогноза [2, 4, 9, 11].

Предстоящий пересмотр МКБ-11 требует критической оценки МКБ-10 с позиций накопленных клинических фактов и опыта практического применения как в отношении удобства для диагностики и лечения, так и обоснованности ее теоретических построений, определяющих перспективы научных исследований, прогностическую направленность и приемлемость в качестве основы для МКБ-11.

Вышеуказанные положения напрямую касаются детской психиатрии, являющейся неотъемлемой, но вполне самостоятельной частью общей психиатрии, повсеместно признанной в качестве самостоятельного направления. Признание того факта, что не менее половины психических расстройств начинается в детском и подростковом возрасте, определяет особую важность их рассмотрения в контексте классификации [1, 3, 6, 13].

Правильная оценка симптоматики, ее раннее выявление во многом определяют прогноз и жизненную траекторию пациента, позволяют глубже разбираться в причинах и закономерностях возникновения психических расстройств у больных в любом возрасте. В то же время, рассмотрение вопросов классификации в детской психиатрии возможно только в контексте общих теоретических позиций, общих закономерностей, хотя они определяют известную специфику в квалификации психических нарушений в детском возрасте [3, 11, 14].

Необходимость учета этапно-возрастных аспектов развития, эволюционно-биологических и сравнительно-возрастных закономерностей формирования клинической картины и динамики психических расстройств в детском и подростковом возрасте существенно усложняет задачи классификации [1–3, 7, 13, 14]. Тем самым определяется особое место психопатологии детского возраста в круге вопросов, связанных с очередным пересмотром международной классификации. С учетом продолжающейся работы над МКБ-11, критический анализ того, как в МКБ-10 разрешены проблемы, связанные с возрастными аспектами психопатологии, может послужить отправной точкой для выработки стратегии в создании новой версии международной классификации.

Применительно к детской психиатрии можно констатировать, что введение МКБ-10 сопровождалось рядом существенных изменений, отличающих ее от предыдущих версий [5]. Результатом проведенных под эгидой ВОЗ мультицентровых исследований и полевых испытаний явилось появление значительного числа относительно устойчивых симптомокомплексов, потребность в группировании которых потребовала расширения числа рубрик с выделением «новых» для детского возраста расстройств (в частности, появление отдельных рубрик, описывающих раннюю психопатологию). Впервые была обозначена необходимость выделения специфического «детского» раздела классификационной системы. Появление данного раздела воспринималось, к моменту официального принятия МКБ-10, как безусловно положительное нововведение в построении классификационной системы, отражающее значение и специфику детской психиатрии [9, 10].

На этапе практического использования стало все более очевидным, что отсутствие в МКБ-10 единых принципов систематики, заявленное как «атеоретичность», привело к тому, что данный раздел является как бы «классификацией внутри классификации», не имеющей видового сходства с другими рубриками МКБ-10, демонстрируя тем самым некий разрыв связующих принципов, обеспечивающих единство между взрослой и детско-подростковой психопатологией. Соответствующие проблемы нашли свое отражение непосредственно в существующих подрубриках самого «детского» раздела МКБ-10. Например, при выделении рубрики «Расстройства социального функционирования с началом, специфическим для детского возраста» (F94) был использован социальный критерий, категорически отвергаемый самими разработчиками МКБ-10 как основа для классификации.

Представления о причинах развития и течении психических расстройств в данной парадигме используются в минимальной мере, что идет вразрез с накопленными клиническими данными и богатыми клиническими традициями отечественной детской психиатрии [1–3, 6, 11]. По сути, в результате мы имеем дело с диагностическими категориями, представленными как отдельно описанными симптомокомплексами, так и, в некоторых случаях, лишь с отдельными признаками психических расстройств, не имеющими четкого клинического обоснования (наборы симптомов).

Следует отметить, что при выделении «детского» раздела акцент делался исключительно на возрасте начала психических расстройств, относительно специфичном для детского и подросткового возраста, с одновременным стремлением к более четкому разграничению отдельных форм патологии [5]. Вместе с тем, у многих детей и подростков, страдающих психическими расстройствами, не только

начало, но и основные проявления наблюдаются преимущественно в детско-подростковом и даже продолжаются во взрослом возрасте. При этом зачастую хронические «детские» психопатологические расстройства не имеют «продолжения» у взрослых, особенно когда речь идет о вопросах продления инвалидности. В частности, это касается больных с аутистическими расстройствами, когда большая часть диагнозов на практике «трансформируется», например, в шизофрению или шизотипическое расстройство, и это выглядит в силу сложившейся практики как изменение диагноза, без должных на то оснований. Кроме того, некоторые часто возникающие в подростковом возрасте расстройства, такие как нервная анорексия и дисморфофобия, кодируются без указания возрастной специфики в соответствующих разделах МКБ-10.

Еще одним слабым местом ныне действующей классификации, не учитывающим ряд существенных возрастных особенностей психопатологии детского возраста, к которым относятся абортивность, неразвернутость и изменчивость симптоматики, является ее статичность. Поскольку довлеющим принципом, заложенным в МКБ-10, является стремление к фиксации текущего состояния, в нее по определению не заложен структурно-динамический подход, идеи которого, в том числе и для целей дифференциальной диагностики, плодотворно развивались в отечественной детской психиатрии [1–4].

Предлагаемые МКБ-10 пути решения данной проблемы преимущественно лежат в плоскости широкого истолкования принципа коморбидности в виде требования использования в соответствующих случаях нескольких диагностических рубрик для кодирования одного клинического случая. В детской практике, где значительная роль в диагностике отводится структурной иерархии и возрастным закономерностям смены психопатологических состояний, это часто выглядит как «псевдокоморбидность» и не решает проблем прогностической оценки динамики развития заболевания.

Несмотря на заявленную разработчиками статистическую направленность МКБ-10 и представление как носящих «дискуссионный характер» некоторых категорий и рубрик, включенных в «детский» раздел МКБ-10, доминирование подобных представлений о диагнозе как базовом концепте классификации привело к целому ряду негативных практических последствий, в первую очередь затрагивающих уровень клинического мышления врача, поскольку наиболее надежными (воспроизводимыми) критериями дифференциации психической патологии являются внешние, дескриптивно-описательные признаки психических расстройств, что приводит к «размыванию» клинического подхода к диагностике.

Кроме того, в МКБ-10 недостаточно проработаны механизмы рубрикации психопатологических состояний с атипичной клинической картиной, о

чем, например, свидетельствует непропорционально частое использование рубрик F84.8 («другие общие расстройства развития») и F92.8 («другие смешанные расстройства поведения и эмоций»).

С другой стороны, использование в МКБ-10 комбинации политехнического и категориального подходов, при наличии относительно удовлетворительных клинических критериев для отдельных расстройств, привело к достаточно частой для детской психиатрии ситуации, когда определенное число клинических случаев не соответствует полностью критериям диагностики и должно быть подведено под атипичную или смешанную категорию, когда пациентам приходится ставить диагноз, относящийся к подрубрикам «прочие...» или «другие...», имеющим недостаточно четкое или даже сомнительное клиническое наполнение. Это может существенным образом сказываться на качестве оказания психиатрической помощи и является одним из свидетельств проблемности современной классификации, требующим исправления в МКБ-11 [3]. При том, что само введение смешанных категорий в МКБ-10 применительно к детской психиатрии, где «атипичное является типичным», представляется вполне оправданным. Например, часто наблюдаемое сочетание симптомов гипердинамического расстройства с нарушениями поведения может отражать клиническую реальность, тем самым делая оправданным использование смешанной категории (F90.1).

В этой связи особо важным представляется также соотнесение приемлемости заложенного в МКБ-10 вышеуказанного подхода с реалиями детской психиатрии, касающимися наличия значительного контингента детей и подростков с так называемыми подпороговыми и субклиническими формами психической патологии [3, 7, 8], 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 [3], которые не соответствуют текущим критериям диагностики данного расстройства по МКБ-10. Это положение можно представить как необходимость установления баланса между категориальным и дименсиональным подходами в классификации [8, 9, 11]. Необходимость учета и использования последнего для обеспечения потребностей детской психиатрии в контексте идущей работы по подготовке к новому пересмотру МКБ-11 представляется достаточно очевидной.

Проблема дестигматизации в детской психиатрии заслуживает отдельного рассмотрения, поскольку

одним из значимых трендов в современной психиатрии становится необходимость учета интересов больных и их родственников [3]. Проблема социальных последствий диагноза выходит за рамки прямых задач классификации психических расстройств, но является крайне важной как для самого пациента, так и для его ближайшего окружения (родители, родственники, друзья и т.д.). При разработке МКБ-10 авторы пытались добиться дестигматизации путем конвенционального сужения границ использования некоторых терминов или замены ряда терминов, которые дискредитировали себя (например, «олигофрения»). С другой стороны, термин «умственная отсталость», используемый в МКБ-10, является не менее стигматизирующим для родителей больных детей, которые предпочитают более «благородно» звучащие диагнозы – задержка речевого развития, нарушения школьных навыков и даже – детский аутизм.

Другими словами, не оспаривая наличия ряда позитивных составляющих МКБ-10, применительно к практическому использованию МКБ-10 в детской психиатрии, помимо не вполне оправдавшего себя самостоятельного «детского» раздела, также можно говорить об избыточном, клинически не подкрепленном, количестве рубрик, выделение которых, помимо трудностей, возникших при их систематизации, не всегда соответствует одному из базовых положений в отношении требований к классификации – практической целесообразности выделяемых диагнозов, определяющей терапевтическую и прогностическую направленность врачебной стратегии и тактики. Данное положение подтверждается проведенным нами в 2010 году анализом статистической отчетности, показавшем, что определенная часть присутствующих в МКБ-10 диагнозов практически не используется врачами [3].

В качестве общих рекомендаций для МКБ-11 представляется целесообразным, следуя клинко-онтогенетическому подходу, поместить раздел «нарушения психического развития» в начало классификации и расширить его за счет включения умственной отсталости и перенесения аутистических и гиперкинетических расстройств, специфических задержек развития, тиков и нарушений поведения из фактически убираемого из классификации «детского» раздела, с одновременным сокращением общего числа рубрик, в том числе исключением «парадиагнозов» и уточнением клинического содержания диагностических категорий, относимых к подрубрикам «прочие...» и «другие уточненные...».

Необходимо также пересмотреть имеющиеся описания по основным диагностическим категориям (с введением дополнительного «детского подраздела») в сторону их большей клинической четкости с выделением облигатных симптомов в структуре диагностических критериев и более подробным описанием подраздела «дифференци-

альный диагноз». При этом необходимо указать и четко прописать этапные возрастные особенности и клинические проявления в детском и подростковом возрасте с четким обозначением особенностей клинических проявлений и течения, включая возрастные критерии диагностики данных заболеваний в детском и подростковом возрасте, и с выделением критерия тяжести состояния.

Необходимо выделить критерии для верифицированной диагностики «пограничной умственной отсталости», включая, в первую очередь, относительно обратимые состояния интеллектуальной недостаточности, имеющие иную структуру, чем при умственной отсталости. В диагностике умственной отсталости целесообразно, с практической точки зрения, ориентироваться не только на показатели коэффициента интеллекта IQ, но и на адаптивное социальное функционирование, а также на культуральные особенности.

Целесообразно внести коррективы в квалификацию гиперкинетических нарушений (F90). В первую очередь это касается четкого обозначения возраста инициальной диагностики (5–6 лет), кроме того, необходимо четко прописать сравнительно-возрастные клинические критерии, «стержневые» симптомы на разных возрастных этапах. Возможно, заменить название рубрики на СДВГ как более отражающее клиническую специфичность имеющих место психоневрологических нарушений.

В качестве дополнительного релевантного клинического критерия в рубрику «Расстройства поведения» (F91) включить гебоидный синдром для разграничения патологических форм нарушенного поведения от нормальных возрастных этапов развития. С использованием континуально-двумерного подхода с учетом возможности депсихопатизации выделить в данном подразделе рубрику «патологические черты характера».

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ковалев В.В., Сосякало О.Д. К совершенствованию систематики психических заболеваний у детей и подростков // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1984. № 10. С. 1506–1509.
2. 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.
3. Корень Е.В., Ковалев А.И. Перспективы классификации в детской психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. Т. 21, № 1. С. 37–43.
4. Рид Дж.М., Краснов В.Н., Кулыгина М.А. Подготовка МКБ-11: основные задачи, принципы и этапы пересмотра классификации психических и поведенческих расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23, № 4. С. 56–61.
5. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99). (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации) / Под ред. Б.А.Казаковцева, В.Б.Голланда. М.: Минздрав России, 1998. 512 с.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Leckman J.F., Pine D.S. Editorial Commentary: Challenges and potential of DSM-5 and ICD-11 revisions // J. Child Psychol. Psychiatry. 2012. Vol. 53, N 5. P. 449–453.
10. Psychiatric disorders in children and adolescents: results of the ICD-10 field trial // Pharmacopsychiatry. 1990. Vol. 23, Suppl. 4. P. 173–176.
11. Rutter M. Child psychiatric diagnosis and classification: concepts, findings, challenges and potential // J. Child Psychol. Psychiatry. 2011. Vol. 52. P. 647–660.
12. 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.
13. Werry J.S. Child psychiatric disorders: are they classifiable? // Br. J. Psychiatry. 1992. Vol. 161. P. 472–480.
14. Zheng Yi. Commentary: The new diagnosis and classification of child mental disorders – reflections on Rutter // J. Child Psychol. Psychiatry. 2011. Vol. 52, N 6. P. 667–668.

## КЛАССИФИКАЦИЯ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ В ПЕРСПЕКТИВЕ ПРИНЯТИЯ МКБ-11

Е.В. Корень, Т.А. Куприянова

В статье затрагиваются клиничко-возрастные аспекты классификации в психиатрии детского возраста применительно к МКБ-10. Оценивается опыт использования МКБ-10 в перспективе МКБ-11 с указанием на практические проблемы диагностики, включая избыточное число категорий в детском разделе. Даются предложения

для МКБ-11 на основе клиничко-онтогенетического подхода в контексте работы по подготовке к новому пересмотру международной классификации.

**Ключевые слова:** МКБ-10, МКБ-11, классификация, детская психиатрия, клиничко-онтогенетический подход, предложения для МКБ-11.

## CLASSIFICATION IN CHILD PSYCHIATRY IN THE PERSPECTIVE OF FUTURE ICD-11

E.V. Koren, T.A. Kupriyanova

The authors consider clinico-developmental aspects of the ICD-10 classification related to child psychiatry. They review the experience of using the ICD-10 and specify practical diagnostic problems including excessive number of categories in the child section. The authors

formulate proposals for the ICD-11 based on the clinical-ontogenetic approach.

**Key words:** ICD-10, ICD-11, classification, child psychiatry, clinical-ontogenetic approach, proposals for the ICD-11.

**Корень Евгений Владимирович** – кандидат медицинских наук, руководитель отдела психической патологии детского и подросткового возраста ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: evkoren@yandex.ru

**Куприянова Татьяна Анатольевна** – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела клиничко-психологических проблем нарушений психического развития ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации