

МКБ-10 В РОССИИ – КОНЕЦ КЛАССИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ?

В. А. Точилов

*Санкт-Петербургская государственная медицинская академия
им. И.И. Мечникова*

Классификация Э.Крепелина стала вершиной целого периода психиатрии. Он создал нозологическую систему, восполнившую медицинский идеал «болезни» в сложнейшей сфере психических расстройств [2].

Ее особенности:

- Уверенность в неспецифичности психопатологической симптоматики. Он считал, что клиническое направление в психиатрии достигло мертвой точки, а для выявления внутренних взаимоотношений симптомов необходимо изучение структуры синдромов.

- Этиологии придавалось большое значение, хотя причины заболевания понимались как относительные.

- Очень важным признавалось изучение наследственности. Вследствие такого подхода одной из основ классификации стало разделение болезней на экзогенные и эндогенные.

- Главным стало и исследование течения болезни. Ранее на разных этапах диагностировались разные заболевания. Например, больной мог страдать меланхолией, потом развивалось первичное сумасшествие, кончалось все – вторичным слабоумием. В динамике же получили картину, включающую в себя не последовательность отдельных болезней, а особенности течения, проявляющиеся в смене синдромов.

- Кроме исследования течения, была обозначена концепция исхода заболевания, то есть – связь позитивной и негативной симптоматики, специфичность исхода.

Именно на основании течения Э.Крепелин выявил эндогенную дихотомию: выделил dementia praecox (впоследствии шизофрению), с плохим прогнозом, и маниакально-депрессивный психоз (МДП), отличавшийся ремиттирующим, непрогредиентным течением. Понятие МДП было очень широким, оно включало все психозы с периодическим течением. Неспецифичность симптоматики проявлялась в том, что и при шизофрении, и при МДП наблюдались: галлюцинации и иллюзии,

кататонические и аффективные проявления, картины нарушенного сознания.

Таким образом, в основу последующих классификаций был положен нозологический принцип, основанный на применении знаний об этиологии, патогенезе, клинике, течении, исходе заболевания. Эти знания уточнялись, развивались, и работа в этих направлениях продолжается на новом уровне знаний.

Психиатрия США всегда шла своим путем. После Второй мировой войны она прониклась духом психоанализа, где основное внимание уделяется особенностям характера, развитию личности и первопричинам конфликтов. Психопатологическая диагностика и классификация заболеваний не считались приоритетными направлениями. Так продолжалось до тех пор, пока начало психофармакологической эпохи не предъявило свои требования к практической и теоретической психиатрии.

При разработке показаний для назначения препаратов обнаружилось, что психиатры часто не понимают друг друга из-за отсутствия общего языка. Крупномасштабные исследования подтвердили, что отдельные симптомы и синдромы воспринимаются ими по-разному. В ходе проведения международных исследований обнаружилось, что по сравнению с Европой диагноз шизофрении в Америке ставится гораздо чаще, соответственно, в два раза реже – диагноз мании и депрессии.

Тогда группа американских психиатров (так называемая «среднеатлантическая группа») решила воссоединить американскую психиатрию с другими научными школами, достигнуть соответствия с Международной классификацией заболеваний. Цели по мере работы отодвигались все дальше, результаты превысили поставленные планы. В конце концов, разработчики создали абсолютно новую психиатрическую идеологию, которая легла в основу американской, а далее – международных классификаций.

Надо отдать должное, в течение нескольких десятилетий была проведена колоссальная работа. Что же теперь предложено в качестве классификации?

Исходили из того, что международная классификация необходима для взаимопонимания врачей при обсуждении состояния пациента, его прогноза и лечения, сравнения результатов исследований, проводимых в разных странах. При этом решали следующие задачи.

1. Поиск метода клинического (психопатологического) обследования, необходимого для единообразного понимания больных.

Обычная клиническая беседа не отвечала этому запросу. Нередко специалист получает от больного именно ту информацию, которую хочет, или которую ищет.

Для преодоления этого были созданы стандартизированные схемы опроса («Обследование статуса» (Present State Examination — PSE), «Каталог аффективных расстройств и шизофрении» (Schedule of Affective Disorder and Schizophrenia — SADS), «Диагностический опросник» (Diagnostic Interview Schedule — DIS) и др. Все они содержат наборы симптомов (признаков), которые необходимо выявить, их определения и инструкции по оценке степени тяжести. Применение опросников носило механический характер. Пользоваться ими могли и неспециалисты. Таким образом, исследование психического статуса и процесс сбора анамнеза, которые в психиатрии всегда являлись основными методами оценки, заменили на стандартные опросники. Опыт показал, что такой подход препятствует глубокому изучению пациента. По мнению N.C. Andreasen, это способствовало дегуманизации психиатрической практики [5].

2. Следующей задачей стало повышение надежности диагностики. В процессе пересмотра симптоматики психических заболеваний упразднили общую психопатологию. Действительно, в большинстве современных американских и европейских руководств такого раздела нет. Вместо этого предложены «диагностические критерии», которые отнюдь не являются синонимами симптомов. Критерии — это не просто характерные, специфические симптомы, а дискриминирующие признаки. Они, как правило, наблюдаются при данном заболевании и редко встречаются при других. Они могут быть не особенно важны для пациента в субъективном отношении и даже несущественны для выбора терапии, но имеют большое значение для установления диагноза. Диагностические критерии могут быть представлены описательными формулировками, как в МКБ-10, или более точными операциональными определениями, как в DSM-III-R, но их нельзя путать с симптомами, а тем более — с синдромами [1].

3. В качестве основных нововведений также присутствовали:

- фактический отказ от этиологии (так как она часто остается неясной);
- отказ от термина «невроз», поскольку понятие трудно для определения;
- введение глоссария, содержащего определения терминов;

- введение многоосевого подхода, направленного на то, чтобы учитывать клинические и психосоциальные аспекты.

К середине 70-х годов была предложена новая классификация — «Диагностическое статистическое руководство третьего пересмотра» или DSM-III. Ее создание сравнивали с написанием абсолютно нового, всеобъемлющего руководства по психиатрии, несмотря на то, что члены рабочей группы осознавали отрицательную роль избыточной упрощенности и ясности.

Вскоре для коррекции некоторых несоответствий был создан промежуточный вариант — DSM-III-R, а затем появилась DSM-IV. Важнейшим новшеством в DSM-IV стало не столько новое содержание, сколько планомерный и тщательно разработанный метод, посредством которого она построена. Авторы сознавали, что они производят переворот в американской психиатрии, но они не имели представления о том, что он превратится в крупномасштабную революцию и, в конечном счете, приведет к значительным изменениям характера и практической стороны психиатрии [5].

Таким образом, результат многолетнего кропотливого труда принес не только позитивные тенденции. В качестве негативных надо отметить бесперспективность этого методологического подхода, его атеоретичность, ненаучность. В конечном итоге это привело к отказу от нозологии. Это даже не переход к синдромальному уровню, поскольку здесь нет синдромов в их привычном понимании. Это — переход к уровню анозологичному, сугубо описательному, причем основанному не на принципах клинической медицины, но — медицины доказательной. По технологии разработки МКБ-10 — это результат договоренности специалистов о наиболее приемлемых диагностических категориях. Он обусловлен дефицитом знаний об этиологии, патогенезе и многих других аспектах психических заболеваний. При претензиях на исчерпывающие описания патологических явлений в МКБ-10 нет теоретического смысла и научности. Ее основная цель — свести к минимуму произвольные диагностические заключения и обеспечить высокую воспроизводимость результата [3]. Но — ценой отказа от нашей традиционной психиатрии.

Таким образом, для нас правильнее говорить не о «пересмотре» прежней, а о создании совершенно новой классификации. Действительно, разработан универсальный язык для контактов, ожидается, что он позволит всем в психиатрии общаться на одном уровне. Но на практике мы постоянно сталкиваемся с упрощенчеством и редукционизмом.

При разработке МКБ-10 исходили из того, что новая классификация должна стать исчерпывающей, привлекательной, надежной, консервативной, легко воспринимаемой, а ее определения — четкими и максимально полными. Прорекларировано, что она не должна подменять собой существующие национальные классификации, но у нас об этом, к

сожалению, абсолютно забыли. Создание МКБ-10 – это не завершение многолетнего труда, а этап в изучении психиатрии с позиций определенной идеологии, основанной на принципах доказательной медицины. Образно выражаясь, это полуфабрикат, который, к сожалению, частью психиатрического сообщества воспринимается, как «истина в последней инстанции». Этому способствуют абсолютно новые для нас детали.

1. Главным новшеством классификации, подчеркивающим ее прагматизм, стало выделение «категорий, имеющих важное значение для здравоохранения». Появились: острые и преходящие психотические расстройства, соматоформные расстройства, расстройства, связанные со стрессом, сексуальные девиации и расстройства, а также расстройства детского возраста и возраста развития.

Выделение «острых психотических расстройств», несомненно, направлено на сужение рамок шизофрении и имеет большое значение для снижения стигматизации больных, их психосоциальной реабилитации.

Соматоформные и связанные со стрессом расстройства – группа очень разнородная, заменяющая собой упраздненные неврозы, невротические реакции и развития и реактивные психозы. Вслед за отказом от понятия «невроз» по этическим соображениям заменили понятие «истерия». Невроз навязчивых состояний стал обсессивно-компульсивным расстройством, а неврастения – «редким заболеванием».

От «психопатии» тоже отказались. (Да простят нас П.Б.Ганнушкин и О.В.Кербиков!). В отличие от психопатии, «расстройство личности» – группа, гораздо менее определённая.

2. Следующая новация – новое объединение родственных категорий. Здесь иное понимание вложено в группы органических расстройств, расстройств, вызванных употреблением алкоголя и наркотиков, аффективных расстройств и расстройств, начинающихся в детском и подростковом возрасте. Они приобрели новые диагностические критерии и новое содержание.

Ранее диагноз «органического заболевания ЦНС» нередко был неким антиподом эндогенного заболевания и указывал на «биологическую ориентацию» психиатра. В группу больных с этим диагнозом (в разной степени, в зависимости от принадлежности к школе) могли включать часть пациентов с шизофренией и МДП. Их диагностика зачастую основывалась на том, что у пациента в анамнезе зарегистрирована черепно-мозговая травма, остаточные явления нейроинфекции и прочее или же обнаружены изменения при неврологическом или инструментальном обследовании. Соответственно, в зависимости от взглядов специалиста, эта рубрика могла быть шире или уже.

Согласно критериям МКБ-10, органические расстройства всегда возникают в результате какой-то органической патологии и непосредственно связа-

ны с ней причинно-следственными и временными отношениями. Например, психические расстройства, возникшие после травмы, интоксикации, инсульта, соматической болезни и т.д.

Наша привычная «органика», нередко – неясной или неуточненной этиологии, в рамках МКБ-10 должна диагностироваться как феноменологически определенное психическое расстройство «у больного с резидуальной органической патологией», например, «Депрессивное расстройство у резидуального органика». Поэтому группа органических расстройств в МКБ-10 должна быть значительно сужена по сравнению с аналогичной группой МКБ-9.

Новое объединение аффективных расстройств, пожалуй, одно из самых спорных (хочется сказать – вредных!) мест в МКБ-10. Они включают депрессивные и маниакальные эпизоды, рекуррентную депрессию и манию, биполярное расстройство (в том числе – с психотической симптоматикой). По сути, произошел возврат к тому, что имело место до создания концепции МДП. Состояния разделяются по критерию тяжести, но без учета клинических особенностей. Странно слышать при этом утверждения о том, что клиническая картина аффективных расстройств, в частности – депрессий, недостаточно изучена. Поскольку этиология не учитывается – исчезло главное разделение: на эндогенные и психогенные депрессии. Используя ныне существующие диагностические критерии, провести его невозможно. А ведь от этого зависит терапевтическая тактика, применение не только психофармакологических препаратов, но и психотерапии, методов профилактики. Существенным изъяном МКБ-10 является отсутствие синдромологической классификации аффективных нарушений. Известно, что выбор антидепрессивной терапии основан на синдромологическом подходе, что включает и изучение патогенеза. Группа депрессий оказалась гетерогенной: в нее вошли тяжелые психогенные депрессии, а также дистимии и циклотимии и прочее. Само понятие депрессии теперь настолько расширилось, что её при желании можно найти почти у всех больных, за исключением разве маниакальных и парафренических.

При таком подходе отсутствует разделение депрессии и сниженного настроения. Тревога не рассматривается как компонент депрессивного синдрома, она стала «коморбидным состоянием». Всё одинаково диагностируется, одинаково лечится, всем подряд назначают антидепрессанты на радость фирм – их производителей.

Явно, что одной из целей расширения рамок аффективных расстройств было сдерживание гипердиагностики шизофрении (характерной не только для США!). Р.Кислинг в 1979 году писал о том, что при редиагностике контингента больных посредством критериев DSM-III вместо прежних соотношений шизофрении и аффективных психозов – 12:1, наблюдается – 1:1. Это должно повлечь за собой снижение стигматизации, назначение пра-

вильной (адекватной) терапии и профилактики. Однако, в силу ряда причин в России этого не произошло. Успешно решаются лишь отдельные проблемы, например, – создание локальных самостоятельных переходных таблиц для классификаций, вопрос о том, чему соответствует в МКБ-10 вялотекущая шизофрения и как ее кодировать. Однако нас ждет иное будущее. Уже исчез МДП, уступив место «аффективным расстройствам». То же самое будет и с шизофренией. От нее отпали острые и хронические бредовые расстройства, на очереди – шизоаффективные и шизотипические. Эти вопросы уже обсуждаются и внедряются в других классификациях. Круг замкнулся, проблема шизофрении отступает на докрепелиновские позиции.

Революционный процесс, подготовленный группой реформаторов от психиатрии, привел к коренным изменениям в российской психиатрии. 15 лет назад ожидалось, что внедрение МКБ-10 вызовет сомнения, дискуссии, даже неприятие в связи с нововведениями, касающимися базовых понятий. Однако простота, доступность в использовании, приемлемость критериев и ощущение уверенности в своей правоте привели к тому, что классификация принята у нас «на ура!», особенно молодым поколением. Предупреждения об опасности механического подхода, нейробиологического редукционизма, об утрате способности улавливать клиническое и человеческое своеобразие больных были проигнорированы. Практически никто не заметил, что психиатрия вдруг совершила поворот – от германоязычной к англоязычной (американской). Используются те же термины, что были ранее в классической психиатрии, но в них оказался вложен иной смысл.

МКБ-10 вошла в практику психиатров очень быстро, при полной неготовности к ее конструктивному использованию, и, несмотря на массовую неосведомленность о ее сущности, методологии и стратегии. Этот формальный переход оставил огромное количество нерешенных проблем.

До сих пор не понято (не разъяснено!), что использование МКБ-10 – это принятие новой идеологии и стратегии в психиатрии, а не только переход на новую систему кодирования. Наша традиционная форма обучения диагностике всегда предусматривала, что симптомы рассматриваются в клинической картине заведомо известного заболевания. В МКБ-10 путь иной – от поиска, анализа и перечисления диагностических критериев – к диагнозу, словно складывание пазлов.

Везде в мире она принималась (или не принималась!) после периода обучения. Значительные трудности появляются сразу, не только в диагностике, но и в преподавании. Чему учить будущих врачей? Надо ли игнорировать этиологию, патогенез, течение болезни в соответствии с требованиями международной классификации? Надо ли пересматривать общую психопатологию с позиции предложенного нам глоссария? [4]. Изучать ли психиатрическую синдромологию? Как быть с терминами, которых в

этом глоссарии нет? Слово «делирий» в МКБ-10 обозначает любое расстройство сознания: оглушение, делирий, онейроид, аменцию и так далее. Всего одно слово, за которым так много понятий. Исключить ли понятия «психоз», «невроз», «эндогенный», «экзогенный», «психосоматический», «ONEYРОИДНЫЙ», «амения», «истерия» и многие другие, как рекомендуется, забыв о К.Кулене, К.Бонгеффере, Э.Кречмере, Т.Мейнерте, не говоря о великих отечественных ученых? Нельзя превращаться в Иванов, не помнящих родства. Но употребление запрещенных терминов означает отказ от идеологии МКБ-10. Каким может быть компромисс?

Объединение родственных категорий в одну группу уже привело к исчезновению МДП, инволюционных психозов, группы психогенных заболеваний. Сейчас мы сталкиваемся с тем, что часть молодых врачей, учившаяся на «Диагностических критериях МКБ-10», не имеет представления о них. Мы рискуем потерять не только национальное, но и мировое психиатрическое достояние.

Продекларировано, что МКБ-10 «не должна подменять собой концептуальные классификации, сохраняющие значение для теории и практики». Может быть, следует разделить сферы влияния – для психиатров оставить концептуальную, научную классификацию, а МКБ-10 использовать для статистических нужд и научного общения?

Однако ее использованию нужно учиться. Без стандартизации диагностика остается произвольной и зависимой от установок и степени подготовленности врача. Для обучения существуют так называемые «родственные документы МКБ-10», применяемые во всем мире. Методическая литература есть и на русском языке, но практические врачи и научные работники ее не используют, так как не знают о ее существовании. А список весьма обширен: руководства по обучению, различные версии классификации, лексика и глоссарии, клинические описания и клинические руководства (CDDG), диагностические критерии для научных исследований (DCR), многоосевое представление МКБ-10 и др.

В качестве методов стандартизации МКБ-10 предлагает так называемые «Инструменты оценки»: международную схему диагностической беседы с больным (CIDI), шкалу клинической оценки в нейропсихиатрии (SCAN); международную схему исследования личности (IPDE), шкалу нетрудоспособности, шкалу контекстуальных факторов и др.

Ни «Родственные документы», ни «Инструменты оценки» российским психиатрам предоставлены не были. А без них диагностика остается столь же субъективной и произвольной, как и в прежних классификациях.

Одной из главных особенностей русской версии МКБ-10 является отсутствие ее главной идеологической основы – многоосевого представления о больном. В нем учтено полное, всестороннее представление о больном и окружающем его социуме:

психиатрические и соматические диагнозы, особенности личности, степень трудоспособности, факторы, влияющие на заболевание. Это необходимо для подробного описания больного, выбора терапии, правильного прогнозирования, интерпретации статистических данных, координации деятельности специалистов многопрофильной бригады при оказании помощи, наконец – для адекватного планирования и финансирования службы.

Без многоосевого подхода смысл классификации теряется, так как отсутствует нацеленность на оказание помощи.

Таким образом, применение МКБ-10 требует серьезной подготовки, с учетом мирового опыта и с использованием общепринятой методологии.

Но, повторяю: сейчас наступила эпоха новой психиатрии, чужой, не имеющей ничего общего с отечественными традициями. Эта психиатрия холодна и рассудочна. Она тщательно проработана, механистична, но не улавливает клиническое и человеческое своеобразие больных. Споры нет, создателями системы проведена колоссальная работа. Результат достигнут, но какой ценой? Можно не замечать наших утрат, делать вид, что ничего не произошло. Но дальше положение в российской

(теперь – американизированной) психиатрической науке будет только усугубляться. В этом можно согласиться с неудовлетворенностью, недавно высказанной N.C.Andreaseen [5], «Применение высоких технологий без сочетания с благоразумным клиническим подходом, которым должны владеть специалисты в области психопатологии, будет представлять собой унылое, серое и, возможно, бесплодное зрелище».

А, между тем, разработчики новых классификаций (МКБ-11 и DSM-V) упорно продолжают двигаться дальше. Направления, в которых идет работа, удивительны. В международные классификации постепенно включаются этиологический подход, исследование течения. Разрабатываются диагностические критерии, основанные на данных лабораторного, соматического и инструментальных исследований. Дальнейшая работа по усовершенствованию критериев приводит к пересмотру необходимости возврата к синдромологии. То есть, от нозологического подхода никуда не деться! Его изобретут заново и внедрят в России как совершенно новую, оригинальную, международную классификацию, в которой не будет места Э.Крепелину, С.С.Корсакову, А.В.Снежневскому и др.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии. Пер. с англ. в 2-х томах. Киев: Сфера, 1999.
2. Каннабих Ю.В. История психиатрии. М., 1929.
3. Международная классификация болезней (10 пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. Всемирная организация здравоохранения. СПб.: Адис, 1994.
4. МКБ-10. Оценочный перечень симптомов и глоссарий для пси-

хических расстройств. Подготовлено А.Janca, T.B.Ustin, J. van Drimelen, V.Dittmann, M.Isaak. Отдел психического здоровья. Всемирная организация здравоохранения – СПб.: Оверлайд, 1994.

5. Andraesen N.C. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders и отрицание феноменологии в Америке: пример непредвиденных последствий (расширенный реферат) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2007. Т. 9, Вып. 4. С. 44–49.

МКБ-10 В РОССИИ – КОНЕЦ КЛАССИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ?

В. А. Точилев

В статье приводится мнение автора о том, какую роль сыграло введение МКБ-10 в Российской психиатрии. Приводится сравнение принципов МКБ-10 и классической психиатрии. Говорится о том, что внедрение новой классификации прошло без соответствующего обучения и подготовки врачей к ее использованию, что способствует механистическому и формальному ее использованию. Трудности применения классификации усугубляются тем, что у нас не используются «родственные документы» и «инструменты оценки» МКБ-10, что препятствует дости-

жению главной цели – стандартизации диагностики. А отсутствие многоосевой оценки устраняет нацеленность на целостное восприятие пациента и на оказание помощи. Выносятся предложения о целесообразности применения МКБ-10 для статистических целей, сравнения научных результатов, совместно с национальной классификацией.

Ключевые слова: МКБ-10, классическая психиатрия, сравнение принципов, ошибки в использовании, отсутствие инструментов оценки, национальная классификация, совместное использование.

ICD-10 IN RUSSIA: THE END OF CLASSICAL PSYCHIATRY?

V. A. Tochilov

This article presents the author's opinion about the role of the ICD-10 introduction in Russian psychiatry. It compares the principles of ICD-10 and those of 'classical' psychiatry. It conveys that introduction of the new classification was not accompanied by relevant trainings for the doctors, and the absence of trainings could bring about mechanistic and formal use of the ICD. Another complication is that Russia does not use 'related books' and the ICD-10 'assessment instruments', which does not contribu-

te to achievement of the principal goal i.e. standardization of diagnosis. Besides, lack of multiaxial evaluation means no integral view on the patient and his treatment. The author proposes to use ICD-10 for statistical purposes and comparison of research data, along with the national classification.

Key words: ICD-10, statistics, classification problems, absence of assessment instruments, national classification, combined use.

Точилев Владимир Антонович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И.Мечникова; e-mail: tochilov@bk.ru