

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

АТЕОРЕТИЧНОСТЬ И КОНЦЕПТУАЛЬНЫЙ СМЫСЛ МКБ-10

Заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и
медицинской психологии, Заслуженный врач ДНР,
д.мед.н., проф. Абрамов В.А.,
Доцент кафедры психиатрии, наркологии и
медицинской психологии, к.мед.н. Абрамов В.А.,

Доцент кафедры психиатрии, наркологии и
медицинской психологии, к.мед.н. Голоденко О.Н.,
Член СНК кафедры психиатрии, наркологии и
медицинской психологии Абрамова Е.А.

Нозологическая парадигма Э. Крепелина в психиатрии встретила с рядом непреодолимых трудностей: 1) отсутствием четких границ между таксонами; 2) очень большим количеством вольных с промежуточными формами психоза; 3) сменой у некоторых больных в течение болезни клинической картины, характерной для единой нозологической единицы на симптоматику, типичную для другой; 4) безрезультативностью поисков этиологии отдельных психозов.

Многочисленные попытки подтвердить правильность крепелиновской парадигмы способствовали накоплению все новых противоречащих ей данных. Это привело значительную часть психиатров к разочарованию в отношении возможности создать естественную классификацию психических заболеваний. Психиатрический диагноз стал рассматриваться как абстракция, поскольку отдельные заболевания существуют лишь в воображении врача.

К. Ясперс приводит три фактических возражения против крепелиновского подхода к поиску реальных нозологических единиц в психиатрии:

1. По Крепелину, диагноз может быть поставлен только на основе целостной картины – когда изначально ясно, что речь идет о болезни, которая доступна диагностике и отчетливо ограничена от других болезней. Но на основе целостной картины невозможно обнаружить какую бы то ни было отчетливо ограниченную нозологическую единицу. Во многих случаях даже тщательнейший анализ всего комплекса биографических данных не дает оснований для разграничения базовых психозов.

2. Одинаковый исход болезней сам по себе не доказывает, что сами болезни тоже одинаковы. Например, разнообразные органические заболевания мозга завершаются совершенно одинаковым слабоумием.

3. Идея нозологической единицы никогда не реализуется в изолированных, отдельно взятых случаях. Знание закономерностей, связывающих одинаковые причины с одинаковыми проявлениями, одинаковым течением, исходом и мозговой патологией, по необходимости предполагает полноценное знание всех частных связей; последнее же достижимо лишь в бесконечно отдаленном будущем. Идея нозологической единицы в психиатрии – это по существу, идея в кантовском смысле: понятие цели, которая не может быть достигнута, поскольку пребывает в бесконечности. В то же время эта идея указывает пути плодотворного исследования и предоставляет верные ориентиры для отдельных эмпирических анализов.

Идея нозологической единицы в психиатрии – это не цель, а наиболее плодотворный из всех существующих ориентиров. Эта идея, столь эффективно стимулировавшая научный прогресс в медицине, по-прежнему остается недостижимой вершиной психопатологических устремлений. Как подчеркивал К. Ясперс, в прежние времена общей основой всех психических явлений считали злых духов. Ныне эти злые духи превратились в нозологические единицы, которые также считаются не более, чем идеями

Реализация этих идей может лежать в двух плоскостях: а) в плоскости изучения мозга и б) в плоскости изучения клинической картины психического заболевания. Если психические заболевания рассматривать с точки зрения исследования мозга, то они приобретают статус «симптоматических» по отношению к обусловившим их неврологическим процессам. Понятие нозологической единицы при этом смещается из области психопатологии в сторону неврологии, а сущность отдельных психических болезней должна рассматриваться в терминах конкретных процессов, происходящих в головном мозге. В рамках клинических подходов, не использующих анатомических знаний, описание психического состояния (клинической картины представляет собой метод беспристрастного, свободного от изначальной концептуальной заданности перевода в слова всего того, что дано наблюдению. По существу, данный метод «деконцептуален» и чужд какого бы то ни было схематизма. Его успех прямо зависит от нашей проницательности. Лишь очень немногие психиатры владеют искусством наглядного представления материала. Недостаток умений в этой области очень часто бывает обусловлен отсутствием специфической способности к описанию, к «схватыванию» сущности видимых проявлений. Кроме того, распространение получили абстракции, запелляционные и многословные утверждения, бессодержательные понятия и суждения, которые ни в коей мере не могут служить заменой лаконичным и живым характеристикам, блуждая среди бесконечной мозаики, составленной из фрагментарных, не складывающихся в целостную картину данных. Эти данные как основание для конструирования нозологических диагнозов могут быть получены только с помощью полных биографических описаний.

В психиатрии понятие «нозологическая единица» носит специфический характер, так как «ни фундаментальные психологические формы, ни учение о причинах (этиология), ни данные из области анатомии головного мозга не смогли обеспечить нас системой нозологических единиц, в рамках которой можно было бы найти место для всех психических расстройств. Это своеобразие впервые было сформулировано еще Кальбаумом в виде двух требований: во-первых, в функции важнейшей основы для определения нозологической единицы должно выступать все течение душевной болезни; во-вторых, следует основываться на целостной картине психического заболевания, полученной в итоге всестороннего клинического наблюдения. Кальбаум полагал, что задача состоит в «использовании клинических методов для развития таких описаний болезни, в некоторых по возможности все явления жизни больного оцениваются в диагностических целях и к тому же учитывается весь ход заболеваний. Группировки нозологических разновидностей, образуемые в результате объединения симптомов, вызывающих наибольшую частоту совпадений и отграниченные друг от друга на основании чисто эмпирических критериев отличаются большей отчетливостью и понятностью... Более того, основанная на них диагностика позволяет прийти к относительно точной реконструкции прошлого течения болезни, исходя из настоящего состояния больного. Кроме того, мы можем со сравнительно большей вероятностью предсказать дальнейшее развитие болезни не только в общих терминах, относящихся к оценке здоровья и жизнеспособности, но и в частности, относящихся к различным формам симптоматики». В еще большей степени эти мысли были конкретизированы Крепелином, который писал, что клинические картины заболеваний, вызванных одинаковыми причинами, имеющих одинаковую фундаментальную психологическую форму, одинаковое развитие и течение, одинаковый исход и одинаковую мозговую патологию – представляют собой настоящие, естественные нозологические единицы. Обнаружение таких единиц возможно с помощью всестороннего клинического наблюдения.

На основе этих представлений в конце XIX века все психозы, которые не поддаются объяснению в терминах осязаемых мозговых процессов, были разделены на три группы: маниакально-депрессивные психозы, dementia praecox и помешательства, обусловленные вырождением. Эта классификационная схема Крепелина получила всемирное признание и превзошла все более ранние классификации психозов, не имеющих известной органической основы. Этому сопутствовала надежда на то, что клинические наблюдения за психическими феноменами, за течением жизни и за исходом заболеваний дадут возможность выявить характерные группировки, реальность которых в дальнейшем подтвердится результатами анатомических исследований мозга.

Но эта надежда не оправдалась. Как пишет К. Ясперс, на этом пути не удалось выявить ни одну реальную нозологическую единицу. Психиатрической науке не известна ни одна болезнь, которая удовлетворяла бы требованиям, предъявляемым к нозологическим единицам. Постепенно пришло понимание того, что: а) соматически осязаемые мозговые процессы обнаруживаются только благодаря применению чисто соматических методов исследования, без какой бы то ни было предварительной психопатологической работы; б) мозговые процессы не обнаруживают никакой «психопатологической специфичности», то есть при мозговых процессах какой угодно разновидности рано или поздно могут проявиться какие угодно психопатологические симптомы.

Наиболее серьезной попыткой выйти из создавшегося тупика и, по существу, сменить существующую парадигму явилась одна из последних работ самого Э. Крепелина, в которой развивалась идея о преформированных реакциях психики (регистрах), характер которых определялся уровнем поражения и не зависел от причины этого поражения. Следствием такого подхода явилось признание неспецифичности психопатологической симптоматики в отношении нозологических форм и, соответственно, недостаточности феноменологического подхода в выделении конкретных психических заболеваний. К сожалению, эта статья оказала мало влияния на последующее развитие психиатрии, которая продолжала разрабатывать первоначальную концепцию Э. Крепелина, в основу которой была положена триада признаков: клиника, течение и исход. Вместе с тем этот подход определил такие важные направления научных исследований как поиск этиологических факторов и дифференциально-диагностических критериев различных психических заболеваний. И хотя исследования в этих направлениях не увенчались успехом до настоящего времени, нозологическая парадигма актуализировала проблему разграничения психических расстройств и конкретизации терапевтических и реабилитационных вмешательств.

С современных позиций, особенно после введения в клиническую практику МКБ-10, одной из причин нигилизма в отношении возможностей и перспектив нозологической диагностики, как отмечает В.Б. Первомайский и соавт., можно считать внутреннюю противоречивость триады признаков: клиники, течения и исхода, предложенных Э. Крепелином. По своей природе это противоречие между статикой и динамикой. Необходимость учета всех трех признаков при определении нозологического диагноза фактически превращала его в вероятное предположение, особенно на начальных этапах заболевания и через различного рода неврозо- и психопатоподобные расстройства способствовала поглощению пограничных состояний «большой» психиатрией.

Необходимость согласованности национальных диагностических стратегий с требованиями ВОЗ не является единственным основанием для перехода психиатрии на МКБ-10. Не менее важной причиной является неудовлетворенность и разочарование психиатров диагностической системой, существовавшей в нашей стране, после адаптации МКБ-9 в СССР. Она не только не являлась научной, но и оставляла без ответа вопрос о ее фундаментальных идеях и принципах.

Можно согласиться с В.И. Полтавцом, что адаптированный вариант МКБ-9 представлял собой довольно эклектическое соединение идей, заложенных в ICD-9, и классификационных тенденций, созревших к началу 70-х годов в недрах московской психиатрической школы. К числу основных ее особенностей можно отнести:

- стремление к развитию крепелиновского нозологического направления в психиатрии;
- абсолютизацию клинико-психопатологического метода не только как основного инструмента для оценки психического состояния и дифференциальной диагностики психических заболеваний, но и как инструмента вмешательства в решение социально-правовых проблем пациента;
- ненормативный (произвольный) характер клинического исследования, способствовавший на практике диагностическим неопределенностям и многозначностям (например, расширение диагностических рамок шизофрении), нередко сопровождавшимся грубым вторжением в судьбу пациента и его права.

Не может считаться в строгом смысле научной нозологическая классификация при условии недоказанности причин большинства психических заболеваний. Именно адаптированный вариант МКБ-9 отличала достаточно умозрительная эндогенно-процессуальная ориентация на происхождение многих заболеваний.

В конечном счете это привело к тому, что в психиатрии практически не осталось синдромов, которые не относили бы к шизофрении.

Так, методическое письмо «Стандартизованные синдромы унификации клинической оценки состояния больных шизофренией», составленное на основе работ сотрудников клиники шизофрении Института психиатрии АМН СССР и кафедры психиатрии ЦОЛИУВ, включало 79 синдромов. Их описание начиналось субдепрессией циклотимического характера и заканчивалось «состояниями, не вошедшими в данный перечень», оставляя тем самым возможность для его неограниченного пополнения

Многие из этих ограничений были устранены в последнее время введением диагностических классификаций и руководств, использующих относительно объективные критерии диагностики психических расстройств. В частности, классификации DSM-III-R, DSM-IV и МКБ-10 построены таким образом, чтобы значительно уменьшить влияние на процесс диагностирования субъективных факторов, основанных на идеологии теорий этиологии психических заболеваний. При отсутствии ясных, убедительных и общепринятых критериев, таких, например, как патогенетическое обоснование того или иного типа шизофрении или четко выраженного расстройства, такой подход к процессу постановки диагноза как в вышеуказанных классификациях обеспечивает важные (хотя ни в коем случае не исчерпывающие) меры против ошибок в диагностировании. Эти классификации перешли к чисто описательному, без привлечения теоретических положений, подходу к диагностике психических заболеваний, этиология большинства из которых пока не подтверждается общепринятыми научными методами. Определение психических расстройств в них приводится через их клинические признаки, являющиеся в основном признаками поведения или симптомами, которые легко выделять. Более того, эти классификации систематизируют психические болезни не по предполагаемой этиологии (которая не доказана), а по характерным для них клиническим признакам. Кроме этого, в них приводятся специфические критерии для постановки диагнозов, применение которых увеличивает надежность диагноза.

Однако такой прагматичный подход к созданию классификации психических расстройств не может считаться идеальным. Как отмечает Ю.Л. Нуллер, чисто феноменологические критерии не могут обеспечить адекватную группировку психических заболеваний, поэтому для создания естественных классификаций и, соответственно, формирования гомогенных групп больных, необходимо использовать данные, отражающие биохимические, физиологические и другие нарушения, которые являются патогенетическими механизмами данного заболевания. Но эти данные могут быть получены только при исследовании гомогенных групп больных. Поэтому образуется заколдованный круг: выявлению механизмов заболевания препятствует отсутствие адекватных диагностических критериев, а такие критерии должны быть основаны на знании этих патогенетических механизмов.

Известный афоризм утверждает, что классификация - это искусство резать природу по суставам, а не грубо пилить по кости. Тем не менее, во введении к «Клиническим описаниям и указаниям по диагностике» МКБ-10 обращается внимание, что «настоящие описания и указания не несут в себе теоретического смысла, и они не претендуют на всеобъемлющее определение современного состояния знаний о психических расстройствах. Они представляют собой просто группы симптомов и комментариев, относительно которых большое число советников и консультантов во многих странах мира договорились как о приемлемой основе определения границ категорий в классификации психических расстройств».

«Договорной» принцип (или принцип классификационного консенсуса) предопределяет отсутствие строгих логических подходов при наполнении МКБ-10 диагностическими категориями. Однако это совершенно не означает отсутствия в МКБ-10 определенного контекстуального смысла, придающего ей стройность и обеспечивающего достоверную диагностику.

Наиболее четкая точка зрения об этом высказана П.В. Морозовым: на современном этапе развития психиатрии достижения между различными национальными психиатрическими школами реализуются путем провозглашения атеоретического, прагматического подхода к проблемам систематики, временного отказа от учета этиопатогенетических факторов и уводящего от нозологических принципов классификации. Примерно такую же позицию занимает А.Б. Смулевич и соавт., которые полагают, что классификации заболеваний последнего времени, и в том числе МКБ-10, отражают сложные преобразовательные процессы в клинической психиатрии, вступившей в «постнозологический период своего развития». Это знаменует отход от прежних представлений о жестких границах между психическими болезнями и тем самым - от исключительного положения в систематике нозологических форм, выделяемых в качестве единственно возможных таксономических единиц. Наступившие перемены создают, по мнению автора, условия для построения теоретических концепций, в большей степени, чем традиционные, соответствующие накопленным эмпирическим данным.

Описывая биосоциальную модель наиболее распространенных психических расстройств, D. Goldberg, P. Huxley отмечают, что МКБ-10 отличается расширенными критериями психических расстройств, что позволяет согласовывать существующие, порой весьма разнообразные, подходы к диагностике с медицинской таксономией. С другой стороны, они обращают внимание на чрезмерное дробление диагностических категорий. Так, если DSM-III насчитывает, к примеру, 39 диагнозов аффективных, тревожных, соматоформных и адаптационных расстройств, то в МКБ-10 их более 100. Такая сложная система может внушать страх новичкам и вводит в заблуждение общественность. Возникает и такой вопрос: имеются ли реальные основания для такого подхода, если изобилие диагнозов не служит углублению знаний или улучшению качества лечения пациентов?

Например, в МКБ-10 26 вариантов депрессивного эпизода позволяют такие обозначения, как F31.11 («депрессивный эпизод умеренной степени тяжести с соматическими симптомами») и F33.00 («рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод умеренной степени тяжести без соматических симптомов»). На самом деле это не различные категории расстройства. Предпринимается попытка включить в классификационную систему такие признаки, как тяжесть, течение и наличие дополнительных симптомов. В отличие от «гибких диагностических принципов» классификации ВОЗ, американская система демонстрирует куда большую строгость, предоставляя специалисту менее широкий диапазон категорий, и выдвигая крайне жесткие и четкие критерии каждой из них. В то время как в классификации ВОЗ проблема сочетанных диагнозов решается путем создания новой категории, американская классификация утверждает, что весь набор расстройств присутствует у пациента одновременно. И то, что в классификации ВОЗ рассматривается как «умеренно выраженный депрессивный эпизод с соматическими симптомами», в американской классификации было бы обозначено как «большой депрессивный эпизод» и «недифференцированное соматоформное расстройство». Последняя гипотеза имела бы смысл только в том случае, если бы были основания предполагать, что оба расстройства существуют одновременно. В таблице 3.1 авторы приводят 12 наиболее распространенных диагнозов, которые встречаются в популяции и общесоматических клиниках. Можно убедиться, что некоторые из наиболее распространенных расстройств - например, смешанные тревожно-депрессивные состояния и неврастения - не описаны в DSM-III-R. Но сама система такова, что между исследованиями, проведенными в различных регионах, могут быть сделаны только грубые сравнения. В исследовательской практике этот широкий круг расстройств «сжимается» в еще более простую классификацию - депрессивные расстройства, тревожные расстройства и соматоформные расстройства.

Но в реальной практике серьезные вопросы вызывают даже эти 12 категорий, поскольку некоторые из них - к примеру, обсессивно- компульсивное расстройство и расстройство множественной соматизации в популяции встречаются нечасто. В то же время другие расстройства, например, простая фобия, распространены широко, хотя и не обязательно рассматриваются исследователями как психические заболевания.

С точки зрения формальной логики, основная задача классификации болезней, в т.ч. психических расстройств, состоит в систематизации накопленных знаний путем составления более или менее строгой системы соподчиненных понятий (классов). Классификация должна строиться на основе логических правил деления объема и упорядоченного распределения, объединения в классы по принципам их сходства и различия.

Однако учесть все требования формальной логики и создать теоретически правильную (научно обоснованную) международную классификацию психических расстройств в настоящее время в принципе невозможно. Этому в значительной степени препятствуют два обстоятельства: 1) недостаточный уровень современных знаний о природе психических расстройств и их анатомо-физиологических коррелятах; 2) концептуальные, культуральные и социальные различия национальных подходов к оценке психических и поведенческих расстройств.

Атеоретичность МКБ-10 можно проиллюстрировать путем оценки ее несоответствия ряду требований формальной логики.

1. Деление на классы должно проводиться по единому признаку.

В МКБ-10 это правило не соблюдается. Группировка расстройств в нескольких разделах осуществляется по этиологическому принципу (органические причины, употребление психоактивных веществ и стресс), в остальных случаях она строится на основе описательного подхода. Нарушается принцип единого признака и при делении диагностического модуля на отдельные рубрики. Так, аффективные расстройства настроения (F3) предусматривают выделение диагностических рубрик как по клиническому признаку, так и по особенностям течения болезни (F34).

2. Деление на классы должно быть соразмерным (совокупность диагностических рубрик должна полностью исчерпывать весь объем родового понятия - диагностического модуля). Выделение диагностических модулей (сборных групп психических расстройств) должно предусматривать, что в каждом из них психические расстройства объединены вокруг какого-либо родового понятия, общего для всех диагностических рубрик данного модуля. Таким понятием может быть или этиологический фактор, или дискриминирующие клинические признаки. Что же в таком случае общего у объединенных в рамках одного диагностического модуля F5 расстройствах приема пищи (F50), расстройствах сна неорганической природы (F52) и психическими и поведенческими расстройствами, связанными с послеродовым периодом?

Искусственным представляется объединение в одном диагностическом модуле шизофрении и бредовых расстройств (F2). Несоразмерность такого деления заключается в том, что основные клинические признаки родового понятия «шизофрения» не имеют ничего общего с острыми, транзиторными, полиморфными, хроническими и индуцированными бредовыми расстройствами, включенными в этот модуль. Принадлежность бредовых нарушений к данному модулю, вопреки стремлению составителей МКБ-10 к уменьшению случаев гипердиагностики шизофрении, на практике скорее всего приведет к растворению бредовых расстройств в рамках расстройств шизофренического регистра. Этому способствует принадлежность бредовых расстройств к данному модулю и декларирование возможного пересмотра диагноза в пользу шизофрении по истечении короткого промежутка времени, и указание на гетерогенность группы хронических бредовых расстройств, имеющих неопределенную связь с шизофренией. Последний аргумент достаточно красочно представлен при описании F22.8. Другие хронические бредовые расстройства, при которых бред сопровождается галлюцинаторными «голосами» или шизофреническими симптомами, которые не отвечают критериям шизофрении.

3. Члены деления одного ряда должны исключать друг друга (одна и та же диагностическая рубрика не должна повторяться в нескольких модулях). В МКБ-10 допускаются отступления от этого правила. Так, серьезные диагностические трудности возникают при разграничении легкого депрессивного эпизода (F32.0) и нарушения адаптации с кратковременной депрессивной реакцией (F43.20), или хронического (аффективного) расстройства настроения (F34.8, F34.9) и эмоционально неустойчивого расстройства личности (F60.3).

4. Упорядоченность всех рядов классификационной системы на основании единого признака. В МКБ-10 такой признак не выделен, поэтому упорядочения членов классификационных рядов вообще не существует.

Можно отметить и более принципиальные недостатки МКБ-10. Трудно, в частности, согласиться с выделением диагностического модуля F5 «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами». При попытке их идентификации возникают следующие замечания:

1. Отнесение психических расстройств к «поведенческим» предполагает, что при других расстройствах поведенческих нарушений не бывает или они незначительны, что противоречит клинической реальности.

2. Физиологические нарушения, как нарушения совокупности жизненных процессов, происходящих в организме и его органах, сопутствуют всем психическим заболеваниям. Поэтому выделение отдельной группы психических расстройств, связанных с физиологическими нарушениями, является с теоретической точки зрения необоснованным. Трудно себе представить, что болезнь Альцгеймера или аффективные расстройства, не относящиеся к этому модулю, не сопровождаются физиологическими нарушениями. Тем более не представляется научным стремление увязать «поведенческие синдромы» с физическими факторами. Последние, как известно, отражают свойства и строение материи, формы ее движения, общие закономерности явлений природы и никакого отношения к нарушениям приема пищи и половой дисфункции не имеют.

3. Сомнительными представляется отнесение расстройства сна неорганической природы (F51) к поведенческим синдромам. Кроме того, «неорганическая» природа этих нарушений предполагает выделение регистра органических нарушений сна, чего в МКБ-10 нет.

Таким образом, МКБ-10 в строгом смысле не является научной и безупречной с таксономической точки зрения классификацией. Это скорее своеобразно упорядоченный и систематизированный перечень психических расстройств, симптомов и комментариев, относительно которых большое число советников и консультантов во многих странах мира договорились как о приемлемой для всех психиатров основе определения границ категорий в классификации психических расстройств. Естественно, при ее составлении не учитывались формально-логические правила классификации понятий. Понятно и использование термина «неуточненные расстройства». Вместе с тем, неоспоримым преимуществом такого компромиссного варианта перед классификацией «по всем правилам» является большая вероятность принятия клиницистами клинических описаний, диагностических указаний и четких операциональных диагностических критериев, обеспечивающих высокую сопоставимость и воспроизводимость результатов клинического исследования и реализацию девиза Всемирного конгресса психиатров в Мадриде: «Один мир-один язык». В этом состоит и определенный концептуальный смысл МКБ-10 (повышение клинической пригодности за счет снижения уровня таксономических и научных качеств системы), что позволяет отнести ее к величайшим достижениям мировой психиатрии XX века.

Переход на МКБ-10 означает «переход на единый с западно-европейскими странами диагностический язык во имя последовательного продвижения интеллектуальной и профессиональной части реформы психиатрии, интеграции с мировым психиатрическим сообществом». Оценка психического здоровья должна осуществляться в соответствии с общепринятыми принципами, поскольку этические, диагностические, терапевтические стандарты и общие закономерности развития научно-исследовательских стратегий не могут иметь национальных ограничений.

БЛАГОДАРЮ
ЗА
ВНИМАНИЕ!