

доц. Голоденко О.Н., проф. Абрамов В.А., доц. Абрамов В.Ал.

ТЕНДЕНЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ СТАНДАРТИЗАЦИИ В КЛАССИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ

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

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

Как известно, диагностическая методология классической естественнонаучной психиатрии опирается на метод клинического исследования, считая его основным методом познания психического состояния пациента. На основе данных, полученных с его помощью, разрабатывается все последующие аспекты психиатрического вмешательства. Однако этот метод не может оставаться основным методом (и вообще методом) познания реальных, субъективных переживаний пациента.

Известный российский специалист в области гуманитарной психиатрии Ю.И. Полищук провел глубокий критический анализ традиционного клинического метода исследования психически больных. По его мнению, это метод, основанный на биологической модели болезни по аналогии с соматическими заболеваниями, не является исчерпывающим методом познания психической патологии. При применении клинического метода осуществляется редуцированная оценка психического состояния больного с вычлениением из всего многообразия психических проявлений отдельных психопатологических симптомов и синдромов в отрыве их от целостной личности больного и его сознания, измененных болезнью и в то же время влияющих на нее.

Применение одного лишь клинического метода исследования в качестве объективного не позволяет оценить и понять психическое состояние больного в интегрированном единстве психопатологического, патопсихологического, психологического и духовного. Целостное представление о психически больном человеке в целях диагностики, лечения, прогноза и психосоциальной реабилитации нельзя ограничить выделением клинических симптомов и синдромов с формализованным их выражением при помощи шкал и опросников. Важным и необходимым является анализ и понимание всех переживаний пациента, состояния его внутреннего субъективного мира, определяющего не только внешнюю, но и внутреннюю картину болезни, без учета которой и без влияния на которую лечение и реабилитация больного будут недостаточно эффективными. Этого понимания нельзя достичь с помощью традиционного клинко-психопатологического метода исследования. Дополнительное использование методов психологического исследования - тестов, шкал и опросников, которое широко практикуется в целях объективизации и количественной оценки психических расстройств, позволяет лишь в небольшой степени приблизиться к более полной оценке психического состояния в силу неизбежных редуционистских ограничений, связанных с этими методами. Целостному познанию и пониманию психически больного человека препятствует направленность клинического, психологических и психометрических методов на объект, а не на субъект исследования. Изучение больного в качестве субъекта требует иных методологических и методических подходов. Многолетняя шаблонная практика применения традиционного клинического метода исследования, дополненная психометрическими методами с их схемами и трафаретами, способствовали обезличиванию и десубъективизации психически больных и, как следствие этого, дегуманизации психиатрической помощи (Полищук Ю.И., 1991).

Клинико-психопатологический метод опирается на обыденные механизмы познания психопатологических явлений, т.е. на непосредственно-чувственный данные и эмоциональные переживания, связанные с повседневным опытом врача-психиатра.

Научное познание психопатологических явлений предполагает соблюдение ряда строгих процедур и требований, которых придерживаются в любой сфере научной деятельности. Однако поиск объективных методов исследования и обоснование способов анализа и объяснения психопатологических феноменов весьма затруднены из-за своеобразия онтологии психических явлений. Трудности в выделении онтологических аспектов психики не всегда позволяет распространить на психические явления гносеологические принципы анализа из других естественнонаучных областей познания. Поэтому, при изучении психопатологических феноменов необходимо использование иной конкретно-научной методологии.

Разработка такой методологии – дело будущего. А в настоящее время значительный субъективизм оценки психического состояния пациента при использовании традиционного клинико-психопатологического метода, несовершенство и низкая эффективность терапевтической тактики являются основанием для разработки лечебно-диагностических критериев, стандартов, клинических протоколов и т.п. Эти тенденции отражают официальную позицию классической психиатрии. Поэтому, несмотря на их критическую оценку и принципиальную невозможность стандартизации индивидуально-личностных психопатологических феноменов, автор, тем не менее, счел возможным провести анализ с формированием подходов к разработке диагностических стандартов в психиатрии, рассматриваемых в контексте оказания качественной психиатрической помощи.

Оказание качественной и безопасной медицинской помощи населению является главной целью любого медицинского учреждения. Оно определяется соответствием между оказанием медицинских услуг и современными представлениями о необходимом уровне и объеме медицинской помощи в каждом виде патологии с учетом индивидуальных особенностей пациента и назначением конкретного медицинского учреждения (Дьяченко В.Г., 1996). Гарантией качества медицинской помощи, по определению группы экспертов ВОЗ, является обеспечение каждому пациенту такого комплекса диагностической и терапевтической помощи, который бы привел к оптимальным для здоровья данного пациента результатам в соответствии с уровнем медицинской науки.

Основные векторы качества медицинской помощи
(по Maxwell R., 1984)

Показатели качества	Компоненты качества	Критерии качества.
1. Доступность медицинской помощи 2. Справедливость 3. Соответствие потребностям населения 4. Социальная приемлемость 5. Эффективность 6. Действенность и экономичность	1. Высокий уровень профессионализма 2. Эффективное использование ресурсов 3. Сведение к минимуму риска для здоровья пациентов	1. Эффективная и своевременная помощь 2. Эффективное использование ресурсов 3. Удовлетворение потребностей пациента 4. Результативность лечения

Профессия психиатра обязывает оказывать пациентам типовые виды медицинской помощи. Однако делается это в различных регионах, в различных учреждениях и различными специалистами по-разному в зависимости от профессиональной подготовки, сложившихся профессиональных шаблонов, а также особенностей организации работы учреждения. При этом качество психиатрической помощи нередко остается заложником интуитивно-стереотипной практики, а не определенных научно обоснованных подходов.

Обеспечение и контроль качества медицинской помощи в системе здравоохранения традиционно связаны с использованием, так называемых стандартов качества. Усилия многих ученых и практикующих врачей направлены на разработку стандартных наборов диагностических и лечебных подходов (технологических стандартов) при различных заболеваниях. Они рассматриваются как гарантия обеспечения каждого больного с определенной патологией оптимальными на данный момент диагностикой и лечением с целью достижения максимально возможного результата. Следует, однако, отметить, что по данным ВОЗ, до 30% всех медицинских услуг являются неэффективными, не позволяют достичь поставленной цели, а иногда приводят к негативным для данного пациента результатам.

Важнейшим направлением повышения качества психиатрической помощи является ее стандартизация на основе достижений современной медицинской науки. Качество помощи определяется как степень ее соответствия стандарту (Gaebel W., 1996). Профессиональный стандарт - это обязательные требования к выполнению различных видов медицинского вмешательства, включающие этический компонент, а также действующие в рамках стандартов качества медицинской помощи технологический и экономический компоненты. Стандарт психиатрической помощи - это нормативно-технологический документ, устанавливающий определенные научно обоснованные требования к объекту стандартизации. С точки зрения обязательности их внедрения различают стандарты-рекомендации и законодательные стандарты (стандарты в форме законов, а также постановлений, приказов и т.д., обязательность выполнения которых приравнивается к силе закона).

Принято считать, что стандарты психиатрической помощи должны способствовать устранению многочисленных факторов, мешающих оказывать качественную помощь и отрицательно влияющих на ее конечный результат. В частности, они должны способствовать не только внедрению новых лечебно-диагностических технологий, но и решению проблем организационно-управленческого характера, организации жизненного пространства пациентов в больнице, соблюдению этико-правовых норм и оптимальной длительности лечения, повышению уровня квалификации медицинского персонала, улучшению медикаментозного обеспечения. Поэтому стандарты должны охватывать все аспекты психиатрической помощи: диагностические, лечебно-профилактические, законодательно-правовые, морально-этические, организационно-управленческие, медико-экономические, стандарты социальной реабилитации и медико-социальной экспертизы.

В частности, профессионально-этические стандарты призваны служить проводниками этических принципов и норм, помогать в решении практически важных проблем: необходимо ли в данный момент психиатрическое вмешательство; в каких условиях (амбулаторно или стационарно) должна оказываться помощь; имеются ли основания для применения недобровольных мер, в какой форме и в каком объеме сообщать пациенту информацию о его здоровье и лечении; как оценить способность пациента к принятию самостоятельных решений о лечении; как получить добровольное согласие на психиатрическую помощь; какова врачебная тактика в случаях отказа больного от лечения и т. п.

Стандарты медико-социальной экспертизы предусматривают использование полифункционального подхода к пациенту в контексте его биопсихосоциального функционирования и конкретизацию структуры и методов определения клинко-функционального и социально-психологического диагноза, профессионально-трудового прогноза, а также критериев и уровней снижения жизнедеятельности пациента.

Многие авторы (Гурович И.Я. и соавт., 1999; Brand A., 1996; Gaebel W., 1996) принцип стандартизации распространяют на материальные ресурсы (структурное качество), адекватность диагностических процедур и терапевтического вмешательства (качество процесса) и соответствие цели лечения (качество результата). Кроме того, стандарты должны способствовать повышению показателей деятельности психиатрической службы и соответствовать ее экономической эффективности.

Стандартизация различных направлений психиатрической помощи - это огромная, многоэтапная и непрерывная работа, требующая профессиональной компетентности и научно-методической грамотности специалиста. Существует мнение (Гебель В., 1996), что стандартизация диагностики в психиатрии является более сложной по сравнению с другими медицинскими дисциплинами, вследствие чего она сопровождается неизбежными упрощениями.

Стандартизация схем вмешательств или медицинских технологий должна содержать научно обоснованные рекомендации, а не отражать взгляды или опыт их авторов относительно эффективности тех или иных вмешательств. Если стандарт качества психиатрической помощи формируется врачами или даже научными авторитетами при отсутствии доказательств связи этих процессов с улучшением здоровья, то стремление к соответствию таким стандартам приобретает формальный вид без реального влияния на здоровье населения и приводит к бесполезным затратам времени и средств. Главный критерий оценки стандарта качества - это достижение цели: позитивных изменений состояния здоровья пациента.

В частности, стандарты медикаментозного лечения не должны представлять собой перечень из всех препаратов, которые могут назначаться при том или ином расстройстве (как в справочнике лекарственных препаратов). Стандарт должен обеспечивать конкретный выбор наиболее эффективных препаратов, а не назначение по усмотрению врача. Можно выделить два критерия отбора медикаментов для включения их в лечебно-диагностический стандарт:

1. Высокая эффективность лечения данным препаратом конкретного психического расстройства должна быть доказана путем рандомизированных контролируемых, в т.ч. плацебо-контроля исследований (использование данных специальной литературы). В этом случае стандарт может приобретать законодательный (обязательный) характер.

2. Данные о наибольшей эффективности препарата основываются на результатах успешной практики (при отсутствии научного обоснования). В этом случае стандарт носит рекомендательный характер.

Современные требования к разработке стандартов диагностики или клинических протоколов (Ярош Н.П., 2003) могут быть сведены к следующему:

- чувствительность - частота позитивных результатов при наличии заболевания;
- специфичность - частота негативного результата заболевания;
- прогностическая ценность - вероятность заболевания при позитивном результате и вероятность отсутствия - при негативном;
- отношения правдоподобия - отношение вероятности данного результата у лиц с заболеванием к вероятности данного результата у лиц без заболевания;
- безопасность метода - суммарная частота побочных эффектов и осложнений на миллион оказанных диагностических услуг;
- доступность - отношение числа лиц, которые могут получить своевременно данную услугу с учетом территориальных особенностей медицинского обеспечения, наличия соответствующего оборудования и специалистов к числу лиц, которые не могут получить такую услугу;
- стоимость метода исследования с учетом капитальных затрат, прямых и косвенных затрат;
- соотношение стоимость/эффективность - ориентировочные расчеты ценовой целесообразности использования того или иного метода диагностики при данной модели клинической ситуации.

Выше приведенные данные отражают общемедицинский подход к стандартизации психиатрической помощи. В настоящем разделе представлены анализ современной диагностической системы, отражающейся на международные стандарты диагностики психических и поведенческих расстройств.

Современная официальная психиатрия рассматривает психическое заболевание как патологический процесс, имеющий определенную (как правило, пока неизвестную) природу и общемедицинское толкование используемых терминов. В энциклопедическом словаре медицинских терминов даются следующие определения понятий «диагноз» и «диагностика»:

Диагноз (diagnosis; греч. Dagnosis -, распознавание, диагноз; диа+gnosis, познание, знание) - медицинское заключение о состоянии здоровья обследуемого, об имеющемся заболевании (травме) или о причине смерти, выраженное в терминах, обозначающих названия болезней (травм), их формы варианты течения и т. п.

Диагностика (греч. diagnostikos - способный распознавать) - раздел клинической медицины, изучающий содержание, методы и последовательные ступени процесса распознавания болезней и оценки индивидуальных биологических и социальных особенностей субъекта, включающий целенаправленное медицинское обследование, истолкование полученных результатов и их обобщение в виде диагноза.

Постановка психиатрического диагноза включает цепную реакцию жизненно важных для человека профессиональных действий со стороны врача, в т.ч. многочисленных санкций, ограничивающих социальное функционирование пациента. Неправильный диагноз - предпосылка стигматизации, злоупотребления психиатрией и причинения ущерба интересам личности.

Из этого следует, что психиатрическая диагностика нуждается в стандартизации не в меньшей мере, чем разработка лечебных стандартов. Следование диагностическому стандарту позволяет надежно, в соответствии с клинической реальностью, идентифицировать психическое расстройство и создать основу для назначения адекватного лечения.

Диагностический стандарт - это спецификация диагностических критериев в форме, наиболее приемлемой для практики (Fauman M.A., 1992). По нашему мнению, диагностический стандарт - это совокупность принципов и правил, которые обеспечивают высокий уровень его клинической пригодности и достоверную диагностику психического расстройства. Основным принципом и конечной целью диагностического стандарта состоят в достижении высокой сопоставимости и воспроизводимости диагностических заключений. Только в этом случае диагностическую процедуру можно назвать нормативной, а диагноз достоверным. Только на основе диагностических стандартов должны создаваться лечебно-реабилитационные стандарты.

Основными требованиями к разработке диагностических стандартов в психиатрии являются:

1. Соответствие их международным требованиям, зафиксированным в Законе «О психиатрической помощи». Эти требования изложены в различных материалах «семейства» МКБ-10 и предусматривают использование единой диагностической технологии.

2. Научное обоснование и четкая методическая проработка диагностических стандартов, суть которых состоит: 1) в жесткой спецификации различных компонентов клинического многоосевого диагноза и особой (операционально-алгоритмической) логике диагностического исследования и 2) в разработке программ обучения правильному использованию МКБ-10 в клинической практике.

3. Реальная возможность клинического применения и улучшения качества диагностики. Эта деятельность не требует дополнительных ресурсов, хотя и предполагает значительные организационные и образовательные усилия со стороны руководителей психиатрических учреждений и врачей-психиатров по их внедрению.

Диагностический стандарт по существу является технологическим стандартом, т.е. регламентирующим содержание и последовательность диагностического процесса при распознавании психического расстройства в его категориальном и многоосевом определениях. Технологический диагностический стандарт рассматривается как гарантированное обеспечение каждого пациента оптимальной на данный момент диагностической процедурой с целью достижения результата (диагностического заключения) соответствующего клинической реальности.

Основные этапы разработки диагностических стандартов могут быть представлены следующим образом:

1. Определение психических расстройств, для которых в первую очередь должны разрабатываться диагностические стандарты.
2. Критическая оценка традиционной диагностической технологии в психиатрии.
3. Аналитическая переработка информации о теоретических разработках и опыте использования диагностических стандартов в различных странах.
4. Разработка концептуальной основы, методологии и понятийного аппарата диагностических стандартов.
5. Разработка рабочей гипотезы и методических подходов к созданию диагностических стандартов.
6. Стандартизация клинических оценок и диагностических критериев; выделение дискриминирующих (базисных) симптомов.
7. Разработка алгоритмов категориальной диагностики на основе операциональных диагностических критериев.
8. Разработка алгоритмов многоосевого и реабилитационного диагноза.
9. Разработка комплекса диагностических стандартов-рекомендаций, охватывающего все диагностические категории МКБ-10.
10. Разработка законодательных стандартов - технологических документов, устанавливающих определенные научно обоснованные требования к объекту стандартизации - процессу психиатрической диагностики.
11. Подготовка руководства по использованию диагностических стандартов в клинической практике.

Классическим стандартом в психиатрии является международный стандарт диагностики психических и поведенческих расстройств (МКБ).

«Семейство» МКБ-10 включает в себя следующие материалы:

1. Различные клинические версии, предназначенные для разных групп пользователей и для применения в специфических ситуациях:

- краткий глоссарий содержания диагностических рубрик;
- клинические описания и диагностические указания;
- исследовательские диагностические критерии;
- многоосевая версия, ориентированная на детский и взрослый контингент пациентов с психическими расстройствами;
- версия для первичной медицинской помощи.

2. Стандартизированные методы оценки психического состояния и личности.

3. Лексиконы психиатрии.

4. Конверсионные таблицы, предназначенные для перевода кодов между МКБ-9 и МКБ-10.

5. Материалы, предназначенные для обучения использованию МКБ-10 в клинической практике:

- программа обучения;
- методические рекомендации для преподавателей и обучающихся;
- пакет клинических заданий;
- дифференциально-диагностические алгоритмы применительно к каждому диагностическому модулю;
- технические средства обучения (таблицы, слайды, компьютерные версии и т.д.).

Следует отметить, что представленный спектр материалов представляет существенные трудности в их практическом использовании. Существенно затрудняет процесс психиатрической диагностики неупорядоченность, многозначность диагностических терминов, понятий и определений. Нередко один и тот же признак расценивается и как симптом, и как синдром, и как симптомокомплекс. Поэтому унифицированное толкование психиатрических терминов является важным направлением совершенствования диагностического процесса.

Лексикон психиатрических терминов предназначен для совместного использования с МКБ-10. В лексиконе даны определения (или указания на синонимичность с другими терминами) приблизительно 700 терминов, которые используются в тексте МКБ-10. Большинство из них - это термины, употребляемые в психиатрических диагнозах, термины для симптомов либо признаков, используемые для определения или описания психических расстройств, или термины, применяемые для объяснения более общих понятий в психиатрии и сфере психического здоровья. Лексикон также содержит некоторые термины, которые берут начало в других дисциплинах, но сегодня широко применяются в сфере психического здоровья. Там, где это необходимо, приведен код категории МКБ-10, в которой данный термин встречается.

Международные соглашения по использованию терминологической лексики (лексикон кросс-культуральных терминов, относящихся к психическому здоровью), преследуют собой цель – дать определения терминов, используемых в кросс-культуральной психиатрии и в сравнительных исследованиях, а также предложить приемлемый в работе компромисс в отношении некоторых терминов, понимание и применение которых может различаться у специалистов, принадлежащих к разным этническим, культуральным и лингвистическим группам.

Лексикон охватывает: диагностические термины, которые описывают расстройства с различной распространенностью или разной клинической картиной в разных культурах; понятия, важные для понимания существования человека в социально-культуральной среде; термины, описывающие культуральные ценности или обычаи, относящиеся к психическому здоровью; термины, которые могут вызвать трудности у клиницистов, пытающихся квалифицировать эти термины в качестве симптомов; синдромы, которые являются частью традиционных категорий болезни, используемых непрофессионалами в определенных культурах или культуральных областях. Главным критерием для включения терминов в лексикон была частота их использования в литературе.

МКБ-10 содержит ряд непривычных для психиатров толкований терминов и понятий. Для унифицированного использования их необходим краткий комментарий.

Классификация - распределение феноменов и объектов по категориям в соответствии с их характеристиками.

Классификация системы - совокупность категорий, по которым могут быть распределены объекты и феномены.

Диагноз - краткое определение расстройства, указывающее на его природу, причину, реакцию на лечение и исход.

Диагностическая идентификация - идентификация диагностической категории с симптомами расстройства.

Таксономия - изучение различных стратегий в классификации.

Нозология - изучение расстройств согласно теориям классификации симптомов, признаков, синдромов и расстройств.

Нозография - процесс формулировки диагноза.

Номенклатура - перечень наименований симптомов и расстройств.

Расстройство - термин используется при наличии клинически определенной группы симптомов (синдром) или нарушений поведения, нередко обусловленных стрессом и нарушающих жизнедеятельность личности. С этической точки зрения это более приемлемый термин, чем термины «болезнь» и «заболевание». Изолированные социальные отклонения и конфликты, не сопровождающиеся личностной дисфункцией, не должны рассматриваться как психические расстройства.

Органический - термин используется для обозначения синдромов, возникающих при самостоятельных церебральных или системных заболеваниях. Его применение исключается при отсутствии церебрального субстрата (эти состояния следует условно рассматривать как «неорганические»).

Симптоматический - термин относится к таким органическим психическим расстройствам, при которых церебральное поражение является вторичным по отношению к системным экстрацеребральным болезням или расстройствам.

Психотический - описательный термин, используется при наличии галлюцинаций, бреда, выраженных отклонений в поведении (психомоторное возбуждение, двигательная заторможенность, кататоническое поведение), но не для оценки психодинамических механизмов. В основном сохранился при определении F23 (острые и транзиторные психотические расстройства).

Невротический - традиционное деление на неврозы и психозы в МКБ-10 не используется. Термин «невротический» (связанный с личностной реакцией) используется при обозначении диагностической рубрики F40-F48 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства». В этом разделе находится большинство расстройств (кроме депрессивного невроза), которые ранее обозначались как невроз.

Психогенный - в названиях диагностических категорий этот термин не используется из-за различных его толкований национальными психиатрическими школами. Редкие упоминания его в тексте отражают очевидную роль жизненных событий или проблем в происхождении данного расстройства.

Психосоматический - в обозначениях диагностических категорий этот термин не используется вследствие национальных различий в его понимании, а также для того, чтобы не исключить значение психологических факторов в возникновении, течении и исходе других заболеваний. Расстройства, описываемые в других классификациях как психосоматические, в МКБ-10 обозначаются в рубриках F45 (соматоформные расстройства), F50 (расстройства приема пищи), F52 (сексуальные дисфункции) и F54 (психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами или заболеваниями, классифицированными в других разделах МКБ-10). Особенно следует отметить категорию F54 (в МКБ-9 это рубрика 316), которая используется для обозначения эмоционального происхождения физических расстройств, приведенных в других разделах МКБ-10. Обычным примером является кодирование психогенной астмы или экземы под рубрикой F54 из главы V (F) и одновременно под соответствующей рубрикой физического состояния из других глав МКБ-10.

Нарушение - утрата или ненормальность структуры или функции; большинство типов нарушений расценивается как психиатрические симптомы.

Нетрудоспособность - ограничение или недостаток способности к деятельности на уровне, считающемся нормальным для индивидуума. Индивидуальная нетрудоспособность подразумевает снижение обычной активности или уровня повседневной жизнедеятельности, что может быть использовано в качестве критерия определенного психического расстройства (например, деменции).

Затруднение - ущербность индивидуума, мешающая или ограничивающая выполнение обычной для него роли. Чаще всего понимается как предпосылка нарушений или нетрудоспособности в широком социальном контексте, зависящем от культуральных факторов. Термин «затруднение» не должен, однако, использоваться как центральный компонент диагноза.

В настоящей главе представлена краткая информация по основным версиям МКБ-10 с акцентом на использовании в клинической практике категориальной и диагностической модели.

Категориальная модель классификации заключается в выделении определенных диагностических категорий. Диагностическая категория - это дискретная клиническая форма психического расстройства (нозологическая единица), которая в практической деятельности рассматривается как официальный диагноз. Выделяются категории на основании определенного комплекса характерных симптомов с учетом течения и исхода различных расстройств.

Категориальная классификация психических расстройств состоит из конечного набора категорий, которые как бы исключают друг друга, но собранные вместе, способны полностью описывать объект классификации (психические расстройства). Основные требования к категориальной классификации были сформулированы Goldberg D. et al. (1999):

- Наличие естественных границ (дискретность) между диагностическими категориями.
- Наличие границы между синдромами и нормой.
- Очевидность диагностических категорий как для других категориальных систем, так и для клиницистов.
- Обоснование постоянства диагностических категорий по своему происхождению.
- Определяющее и специфическое влияние диагностических категорий на выбор модели лечения.

Шкала ЦН («целостность - неинтегративность»)

Такой подход к диагностике является наиболее распространенным в психиатрической практике. Его преимущества заключаются в том, что он упрощает решение трех серьезных задач: непосредственную клиническую работу, создание гомогенных групп для научной работы и административный учет. Тем не менее, можно выделить, по меньшей мере, шесть возражений против оценки категориального подхода как наиболее совершенной диагностической системы и в подтверждение того, что категориальный диагноз представляет собой всего лишь способ «навешивания ярлыка» («социального клейма») на человека, который находится в непривычном для себя пространстве симптомов.

1. Имеются сомнения в том, что используемые категории с достаточной достоверностью представляют соответствующие клинические сущности.
2. Многие компоненты классификации психических расстройств не обеспечены адекватными определениями и правилами применения, следовательно, нельзя быть уверенными в надежности предлагаемых ими категорий.
3. Нередко психические расстройства не вписываются в рамки какой-либо одной категории, а занимают промежуточное положение, как, например, в случае шизоаффективного расстройства.
4. Отнесение каждого конкретного случая к диагностической категории отвлекает от изучения единственных в своем роде личных проблем данного пациента, мешает понять их.
5. Индивидуальная картина болезни отдельного пациента, как правило, не полностью соответствует имеющимся категориям.
6. Невозможность прогнозирования результата лечения и манипулирования психосоциальными особенностями пациента.

Категориальная модель нашла отражение в различных версиях классификации психических расстройств.

Клинические описания и диагностические указания («синяя книга») содержит описание, как основных клинических признаков, так и любых значимых, но менее специфических признаков при всех психических расстройствах. В большинстве случаев в операционально-повествовательной форме представлены «диагностические указания», определяющие количество и соотношения симптомов, необходимых для достоверной диагностики с включением или исключением из соответствующей рубрики тех или иных расстройств, а также дифференциально-диагностические соображения. Диагностические указания сформулированы таким образом, чтобы сохранить достаточную гибкость диагностических решений в клинической практике, особенно в тех ситуациях, где требуется установление временного диагноза, до того, как станет полностью ясной клиническая картина или будет собрана полная информация. Для избегания повторений, клинические описания и некоторые общие диагностические указания приводятся для определенных групп расстройств в дополнение к тем, которые относятся к индивидуальным рубрикам. При отчетливом выполнении требований, изложенных в диагностических указаниях, диагностика может рассматриваться, как «достоверная».

Данная версия предусматривает возможность коморбидной диагностики и кодирования стольких диагнозов, сколько необходимо для полного отражения клинической картины. При кодировании более одного диагноза, один из них указывается в качестве основного, а остальные - как вспомогательные или дополнительные.

Трехзначная версия главы V МКБ-10. Этот сокращенный вариант часто оказывается наиболее удобным для систематизации статистических данных в системе охраны психического здоровья, а также для других типов представления сведений в случаях, когда требуется обеспечить средний уровень детализации.

Сокращенная версия МКБ-10. Глава V МКБ-10 содержит 458 категорий психического расстройства, которые объединены в 10 основных групп. В большинстве своем это редкие расстройства или разновидности более крупных группирований. С этой точки зрения могут считаться оправданными попытки выделить основные расстройства, чаще всего встречающиеся в клинической практике. Практически удобным представляется сокращенный вариант классификации, состоящий из 51 расстройства, который широко используется в ряде западноевропейских стран.

Версия МКБ-10 для первичной медицинской помощи. Эта версия составлена с целью облегчения квалифицированного использования классификации психических и поведенческих расстройств при оказании первой медицинской помощи. Классификация включает психические расстройства, наиболее часто встречающиеся в общемедицинской практике. Ее лаконичность заключается в использовании знакомых интернистам терминов. Она достаточно проста в применении и не требует значительного времени для ее освоения. Версия включает 24 диагностические категории, относящиеся к наиболее важным для здравоохранения состояниям, относительно дефиниции и лечения которых имеется международный консенсус, и для которых разработано приемлемое и эффективное лечение.

Классификация психических и поведенческих расстройств с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями («зеленая книга»). Исследовательские диагностические критерии главы V МКБ-10 (ИДК-10) разработаны на основе «Клинических описаний и диагностических указаний» (КОДУ). Содержание ИДК-10 представляет собой описание основных и минимально необходимых признаков всех расстройств, согласованных, как международно-принятые. Они короче, чем приведенные в КОДУ описания, предназначенные для использования специалистами сферы охраны психического здоровья. Были также добавлены указания относительно количества и продолжительности существования симптомов наряду с некоторыми другими критериями, необходимыми для отбора относительно гомогенной группы для исследовательских целей.

Общее правило, предписывающее не использовать в качестве диагностического критерия влияния расстройства на выполнение социальной роли, распространяется на все категории МКБ-10, а также в максимально возможной степени соблюдается в ИДК-10 (исключение: простая шизофрения, диссоциальное расстройство личности, а также многие расстройства детского и подросткового возраста (F80-89 и F90-98), которые могут быть описаны только через указание на то влияние, которое они оказывают на выполнение ролей в семье, школе и группе сверстников).

Содержание ИДК-10 недостаточно для клинической практики. Эти критерии предназначены для использования в комплексе с более пространственными описаниями и комментариями, содержащимися в КОДУ. Тем не менее, этот более краткий глоссарий облегчает процесс достижения максимальной совместимости между МКБ-10 и любой из будущих национальных или региональных классификаций. Он также удовлетворяет потребностям сотрудников службы статистики, регистраторов, которые отвечают за сбор и анализ статистических данных в системе охраны психического здоровья.

При создании ИДК-10 использовалась определенная символика, которую необходимо учитывать при работе с критериями:

1. Система «крестиков» (+) и «звездочек» (*) указывает на то, что два различных аспекта данного заболевания зарегистрированы в двух разных главах МКБ. В таких случаях один из кодов (обычно относящийся к патологическому процессу) рассматривается как первичный: он обозначается «крестиком». Вторичный код помещен в той классификации, где описываются поражения органов или систем, с которыми связаны проявления или осложнения заболевания; он отмечается «звездочкой». Например, деменция при болезни Пика обозначается в главе V следующим образом:

F02.0* - Деменция при болезни Пика (G31.0+).

Это указывает на то, что категория F02.0 используется для регистрации поведенческого синдрома деменции, типичного для болезни Пика, а наличие патологического процесса само по себе регистрируется посредством использования категории G31.0 (относящейся к главе VI (G)).

2. Диагностические критерии помечены буквами и (или) номерами для указания степени их значимости. Общие критерии, которые должны удовлетворяться для каждого из расстройств, входящих в данную группу (например, общие критерии всех типов деменции или основных форм шизофрении), обозначены прописной буквой G (от англ.-general-общий) с указанием соответствующего номера (G1, G2 и т.д. Для обозначения обязательных критериев отдельных расстройств используются прописные буквы без цифр (А, Б, В и т.д.). Номера (1,2,3 и т.д.) и строчные буквы (а, б, в и т.д.) указывают на группы и подгруппы характеристик, из которых лишь некоторые требуются для диагностики. Чтобы не употреблять формулировку «и/или» всякий раз, когда нужно сообщить, что требуется наличие любого из двух критериев, в подобных случаях всегда подразумевается, что наличие обоих критериев также удовлетворяет условию.

В заключение необходимо еще раз подчеркнуть, что Международная классификация психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра не только служит способом регистрации психиатрических диагнозов для статистических целей, но и является значительным шагом в нахождении «общего диагностического языка» среди профессионалов в сфере охраны психического здоровья, а также представителей других смежных специальностей.

Однако громоздкость диагностических процедур и отсутствие концептуального смысла и надежных диагностических критериев не позволяют на основе МКБ-10 осуществлять диагностику психических расстройств, опирающуюся на возможность познания подлинной субъективной психопатологической реальности больного. Предлагаемые способы повышения надежности диагностических заключений, не выходящие за рамки классических представлений о природе и сущности психических расстройств (например, периодические пересмотры МКБ-10), то есть, объективно-позитивного уровня научного познания не могут рассчитывать на качественное преобразование психиатрической помощи (психопатологической) диагностики.

Следует отметить, что технологии стандартизации психиатрической диагностики и связанные с ними методологические подходы разрабатываются на основе естественнонаучных, общемедицинских воззрений, не учитывающих своеобразия внутреннего, субъективного мира пациента и индивидуальных характеристик его психического опыта. Требования к установлению диагноза согласно «стандартным» критериям, по мнению Фильц А.О. и Педак А.А. (2012), принуждают психиатров унифицировать клинические описания больных в жестком соответствии с узкими критериальными рамками. Такой подход к видению психопатологических феноменов не только сужает клинический кругозор и диагностический диапазон врача-психиатра, но и освобождает его от необходимости исследовать нестандартные проявления, не вписывающиеся в установленные критерии, а потому и не распознаваемые. Иными словами, диагностические стандарты - улучшая взаимопонимание психиатров в оценке общего типичного (нормотетического) - снижают до минимумов клиническую дискуссию об «особенном» и уникальном (идиографическом).

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!