

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МКБ-10 В РОССИЙСКОЙ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ В ПЕРСПЕКТИВЕ ПЕРЕСМОТРА МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ**

**Е. В. Корень, И. Н. Татарова, А. М. Марченко, А. О. Дробинская,  
В. В. Субботина**

*ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»*

Предстоящий пересмотр ныне действующей классификации психических и поведенческих расстройств, в том числе у детей и подростков, требует критического осмысления как накопленных клинических фактов, так и общемировых тенденций детской психиатрии. Как и во взрослой психиатрии, ключевыми вопросами при этом остаются приемлемость МКБ-10 в качестве основы для МКБ-11, а также перспективы этио-патогенетического направления в детской психиатрии.

Ответы на эти вопросы во многом связаны с оценкой эффективности использования МКБ-10 психиатрами в разных странах, включая Россию, начиная с момента принятия адаптированного варианта МКБ-10 в качестве официальной (обязательной для применения) классификации психических и поведенческих расстройств у детей и подростков.

Детская психиатрия является неотъемлемой, но вполне самостоятельной частью общей психиатрии, официально признанной в ведущих странах в качестве самостоятельного направления [47]. Признание того факта, что не менее половины психических расстройств начинается в детском и подростковом возрасте [10], определяет особую важность их рассмотрения в контексте классификации. 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 взрослых больных. В то же время, рассмотрение вопросов классификации в детской психиатрии возможно только в контексте общих теоретических позиций и единой классификации, поскольку она подчиняется общим закономерностям, хотя и имеет определенную специфику в квалификации выявленных психических нарушений.

Первая попытка создания международной классификации психических расстройств детского воз-

раста была предпринята в 1967 году на 3-м семинаре ВОЗ по психиатрической диагностике и статистике в Париже. В основу классификации были положены: 1) клинический психиатрический синдром; 2) интеллектуальный уровень и 3) сопутствующие или этиологические факторы [48]. При определенных достоинствах – учете синдромологической специфики психических расстройств детского возраста и возможности отражения в диагнозе сочетающихся психических и неврологических расстройств – данная классификация имела и существенные недостатки. К ним относятся отсутствие связи с классификацией психических заболеваний у взрослых, недостаточные клиническая дифференцированность в разграничении ряда рубрик. Используемая в СССР с 1970 года МКБ 8-го пересмотра (1968), была адаптирована применительно к детскому возрасту [4], что нашло свое отражение как в появлении детских рубрик в международной классификации, так и в плане соответствия фундаментальному положению о том, что у детей встречаются практически все, за редким исключением, психические расстройства, что и у взрослых [4–6] с учетом известного возрастного изоморфизма клинических проявлений [14].

Необходимо отметить, что МКБ-10, в отличие от предыдущих пересмотров, которые происходили с периодичностью примерно раз в 10 лет, просуществовала достаточно долго и должна смениться лишь в 2014 году (ориентировочное время принятия МКБ-11). В настоящее время инициирован процесс пересмотра МКБ. В январе 2007 года прошло первое заседание консультационной комиссии департамента психического здоровья ВОЗ, в 2002 году опубликован специальный выпуск журнала «Psychopathology» под редакцией Н. Mezzich, посвященный вопросам классификации, в котором вопросы классификации психических расстройств у детей и подростков специально не рассматривались [42]. В исследовательском перечне для DSM-V,

представленном J.Kupfer, развитие исследований дается в более широкой перспективе, затрагивая также вопросы классификации психических расстройств в детском возрасте [38].

Значительное время, прошедшее с момента официального принятия 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.

Не противореча стремлению к исчерпывающей классификации, которая всегда будет недостижимой мечтой психиатрии, через так называемый «кризис 50-х» [44], характеризовавшийся попытками теоретизации, во многом опиравшимися на психоаналитические подходы без подкрепления клиническими фактами, возникла необходимость создания условий для так называемой «новой нозологии».

Для создания необходимой доказательной базы и условий для сопоставления распространенности различных видов психической патологии в различных странах при подготовке МКБ-10 масштабные приготовления включали проведение мультицентровых и полевых исследований в 200 центрах в 50 странах, которые, естественно, затрагивали и детскую психиатрию, с последующей статистической обработкой. Это позволило выделить устойчивые симптомокомплексы и группы симптомов, потребность в группировании которых потребовала расширения числа рубрик и обозначила необходимость сохранения и трансформации специфического «детского» раздела классификационной системы [19–23, 25, 28, 29, 32, 33, 39, 41, 42, 45, 51, 53, 54].

Ряд существенных положений, впервые реализованных в МКБ-10 и затрагивающих детскую психиатрию, таких как расширение числа рубрик и выделение «новых» для детского возраста расстройств, основывается на радикальном изменении подходов к классификации. В первую очередь это связано с глобальными тенденциями в мировой психиатрии, в частности, с признанием недостаточности доказательной базы в отношении этиологии и патогенеза большинства традиционно выделяемых психических расстройств [26, 30, 31, 37, 44, 46, 49, 54].

Для категоризации психических расстройств в МКБ-10, в связи с недостатком доказательных данных и наличием существенных разногласий между представителями различных психиатрических школ и направлений, были применены операциональные критерии диагностики на основе принципа консенсуса, то есть договоренности о текущих границах того или иного расстройства, например, шизофрении (что привело, в частности, к резкому снижению числа зарегистрированных случаев шизофрении на Западе в возрасте до 15 лет) [8].

Необходимо также отметить, что при разработке МКБ-10 большое внимание уделялось воспроизводимости диагностики в ущерб валидности (репрезентативности) диагноза. Поэтому неслучайно во

введении к психиатрической главе МКБ-10 говорится об атеоретичности данной классификации для обеспечения воспроизводимости диагностики психиатрами, стоящими на различных теоретических позициях, хотя это явно противоречит традиционным этио-патогенетическим подходам отечественной психиатрии и не вполне адекватно реализуется в МКБ-10 (синдромальный подход в систематике функциональной психической патологии и нозологичность систематики органически обусловленной психической патологии) [13]. Другими словами, результатом диагностического процесса по МКБ-10 является не диагноз в традиционном понимании с полнотой клинического описания, выделением ведущего синдрома и учетом индивидуальных особенностей пациента, а статистически ориентированная констатация диагностических критериев включения и исключения.

В соответствии с МКБ-10 «типичные» пациенты в детской практике могут соответствовать критериям нескольких расстройств, что становится специфической проблемой детской психиатрии как в плане систематизации расстройств, так и в плане диагностики и лечения. Объяснением этого является тот факт, что все психические расстройства в МКБ являются политетически-категориальными понятиями.

Политечность подразумевает, что специфические психические расстройства определяются множественными симптомами, и не все эти симптомы необходимы для предположения наличия психического расстройства у ребенка. Скорее, определенная специфическая комбинация или определенное, меньшее чем полное, количество симптомов могут считаться достаточными для наличия диагноза.

Категориальность постулирует, что все психические расстройства в МКБ-10 считаются двоичными понятиями: установленными при наличии наблюдаемых четко сформулированных критериев или отсутствующими, если не соответствуют соответствующим политетическим параметрам.

Четко сформулированные критерии для многочисленных категориальных и политетических конструкторов рассматриваются как благо для эмпирических исследований психических расстройств у детей и подростков, поскольку эта четкость обеспечивает согласованные целевые ориентиры [37]. Однако, данное положение больше подходит для клинических исследований, чем для рутинной клинической практики. Например, два разных диагностированных по МКБ-10 случая одного расстройства могут не иметь общих симптомов. Этим самым актуализируется вопрос о выделении «стержневых» признаков расстройства, наряду с признанием различного «удельного веса» тех или иных симптомов.

Как подчеркивает английский детский психопатолог Р.Никол, классификация дает нам лишь основу для рассмотрения клинических проблем, требующую других знаний и позволяющую общаться с

другими людьми, используя общие термины и фразеологию, а также формулировать вопросы по поводу истинности тех предположений, из которых мы исходим в повседневной практике. При этом подчеркивается очень важное положение о том, что классификация не есть и никогда не может быть «истиной» [8].

Кроме того, заявленная в МКБ-10 одномоментная фиксация состояний при консультировании больных может способствовать диагностическим ошибкам. Например, известным клиническим фактом является способность детей с СДВГ временно сдерживать себя в определенных обстоятельствах.

Последнее ставит вопрос о полноте и достоверности информации, необходимой для диагностического заключения. Данная проблема широко дискутируется в литературе и в определенной степени учитывается в ассоциированных с МКБ-10 формализованных диагностических инструментах [18, 49, 53, 55].

### **МКБ-10 и клинический подход в современной детской психиатрии**

Принятие в 1999 году адаптированного варианта МКБ-10 как официального документа, обязательно к использованию в России, несмотря на заявленные разработчиками, вместе со сближением психиатров разных школ и направлений, статистические цели, явилось серьезным испытанием для традиционно ориентированных детских психиатров, наряду с поставленной под сомнение профессиональной идентичностью вследствие официальной отмены в России детской психиатрии как субспециальности, идущей вразрез с общемировыми тенденциями [10, 14, 47].

Наличие фактора развития и многообразное влияние возрастного фактора на формирование и динамику клинической картины психических расстройств в детстве существенно усложняют задачи классификации. Кроме того, «атипия» клинических проявлений является скорее типичной чертой детской психопатологии [4, 14]. Более того, многие дети, несомненно имеющие психические расстройства, так как у них имеются симптомы, приводящие к значительному страданию, нарушениям адаптации, качества жизни и социального функционирования, не полностью соответствуют критериям операционального диагноза и будут вынуждены получить одно из «неуточненных» обозначений. У большинства таких детей имеются частичные или недифференцированные синдромы, операциональных признаков которых не хватает для достижения диагностического порога [1, 17]. С другой стороны, опора на статистическое сочетание признаков привела к появлению таких симптоматических «парадиагнозов» как «Речь взхлеб» (F98.6) «Расстройство сиблингового соперничества» (F93.3) и другие, которые практически не востребованы детскими психиатрами.

По мнению некоторых исследователей, дети с подобной констелляцией проблем попадают в «трещины» современных классификационных схем из-за того, что некоторые врачи начинают воспринимать критерии DSM и МКБ как «Священное писание», забывая о том, что текущие критерии диагностики в детской психиатрии часто выстроены на очень шатком основании [1].

Одним из критериев неудовлетворительности современной классификации при наличии относительно удовлетворительных клинических критериев отдельных расстройств является довольно частая в детской психиатрии ситуация, когда определенное число случаев не соответствует критериям ни одной категории и должно быть подведено под атипичную или смешанную категорию. Такие случаи также требуют детального анализа с уточнением диагностических критериев и их нозологической принадлежности.

Оценка опыта использования МКБ-10 позволила вскрыть некоторые общие недостатки, касающиеся клинических аспектов ее применения. Наиболее заметный недостаток – неразвернутость нозологического подхода [13] в совокупности с «выпадением» как диагностической опоры таких важных клинических параметров как динамика и смена синдромов. Это особенно болезненно сказывается на детской психиатрии в связи с необходимостью учета возрастных особенностей и фактора развития [16] и приводит к недостаточной прогностической направленности классификации. В первую очередь это касается диагностики расстройств шизофренического спектра, расстройств поведения, биполярного расстройства и др.

Кроме того, соответствующий современным тенденциям в понимании проблем психического здоровья детей и подростков, интерес к донозологическим, субклиническим, предболезненным формам психической патологии, сопровождающимся теми или иными нарушениями психосоциальной адаптации и представляющим собой одну из реалий детской психиатрии [4, 12, 23] в МКБ-10 практически игнорируется. Тем не менее, эта обширная группа больных требует соответствующих терапевтических и реабилитационных усилий. Учитывая гетерогенность данной категории расстройств, не совсем понятны имеющиеся в МКБ-10 указания, настраивающие врача на постановку диагноза даже если «диагностические требования выполняются лишь частично» [9].

Заслуживает положительной оценки тот факт, что в МКБ-10 предусмотрено выделение отдельных комбинированных категорий, таких как депрессивное нарушение поведения, гиперактивное нарушение поведения (вариант СДВГ) и др., поскольку, по нашему мнению, подобное выделение сохраняет элементы клинического подхода к классификации психических расстройств у детей и подростков. Однако наполняемость этих категорий и рубрик должна являться предметом пристального анализа

и специальных исследований, как это может быть продемонстрировано на примере общих нарушений психологического развития, где специфическая для детского возраста рубрика F80–F89 может по-разному заполняться в зависимости от установок врача. Например, в рубрику F84.8 «Другие общие расстройства развития» английские психиатры обычно относят подпороговые варианты детского аутизма, не соответствующие числу необходимых по МКБ-10 диагностических признаков, либо некоторые случаи ранней детской шизофрении в нашем клиническом понимании [24, 40, 50], а отечественные детские психиатры – «задержку психического развития», не имеющую самостоятельную атрибуцию в МКБ-10, но, по существу, являющуюся одной из ключевых проблем повседневной клинической практики российских детских психиатров. Этот вопрос также тесно связан с влиянием культурального фактора и стремлением к дестигматизации диагнозов. Например, детские психиатры в Южной Корее вместо термина аутизм предпочитают использовать диагноз «Реактивное расстройство привязанности детского возраста» [27].

В этой связи, одним из предложений к МКБ-11 может являться более дифференцированное определение клинических форм с детальным описанием критериев отнесения к данной рубрике с использованием дополнительных знаков кодирования. С учетом имеющейся доказательной базы, указывающей на феноменологическую гетерогенность расстройств, относимых к этой категории, необходимо более дифференцированно представить формы, которые являются основой практической работы детских психиатров, выделив, по аналогии с рубрикой F81.3 «Смешанные расстройства учебных навыков» дополнительную рубрику «Смешанные расстройства развития», включив в нее расстройства развития при ДЦП, при патологии анализаторов, расстройствах развития вследствие социальной депривации (дети-сироты, соцпедзапущенность, дети Маугли) и т.д.

Также представляется целесообразным внести уточнение в раздел атипичного аутизма, выделив атипичный аутизм с умственной отсталостью и атипичный детский психоз. В отдельную категорию отнести атипичный аутизм при генетической патологии, включив в нее, кроме синдрома Ретта, относительно часто встречающиеся генетические синдромы, сопровождающиеся аутистическими расстройствами: синдром Ангельмана; синдром ломкой X хромосомы; синдром Сотоса; Прадера-Вилли и т.д.

В литературе также высказывается неоднозначное отношение к общим принципам группировки психических расстройств у детей в современной классификации [31, 34, 54]. Например, предлагается «вынести» все психические расстройства, встречающиеся в детском возрасте, в самостоятельный раздел. Противоположная точка зрения сводится к предложению сократить наименее концептуально

целостный «детский» раздел в МКБ-10 за счет размещения многих расстройств в общих разделах, что, по мнению авторов, реально обозначит единство детской и взрослой феноменологии.

Предложение о целесообразности введения в каждый раздел детского подраздела с четким обозначением особенностей проявлений и динамики, как это представлено в рубрике «Расстройство половой идентификации в детском возрасте» (F64.2), заслуживает определенного внимания с учетом проведенных исследований в детской психиатрии, показавших возможность установления единых, подкрепленных базовыми положениями, критериев диагностики. В таком случае представляется целесообразным в адаптированном варианте МКБ-11 ввести дополнительные «детские» пояснения к существующим критериям диагностики по выделенным рубрикам, например, при биполярном расстройстве, характеризующемся существенным клиническим своеобразием в детском возрасте.

В качестве примера нозологической единицы, выделенной в МКБ-10 на основании этио-патогенетического принципа, на которую ссылаются сторонники нозологической парадигмы предшествующей классификации, приводится «Посттравматическое стрессовое расстройство» (F43.1). Следует отметить, что данная рубрика выделена не на основании этио-патогенетического принципа, а путем объединения установленных в результате проведенных исследований устойчивых констелляций клинических признаков и предполагаемой причины расстройства.

Помимо неудачного, на наш взгляд, названия «посттравматическое», не соответствующего клинической сущности (что, вероятно, следовало бы учитывать при разработке адаптированного варианта МКБ-11 и в отношении ряда других рубрик: «острая реакция на стресс», реакции «дезадаптации» и др.), наши наблюдения показывают наличие данного симптомокомплекса без критерия А – непосредственная угроза жизни, при одновременном расширительном толковании его западными коллегами, что приводит к гипердиагностике данного расстройства. Кроме того, нами высказывались предложения по выделению различных клинических вариантов данного расстройства по преобладающему кластеру (депрессивный, тревожный, соматоформный), которые могут быть использованы при подготовке нового пересмотра МКБ [35, 36].

Определенную обеспокоенность также вызывают призывы вывести обсессивно-компульсивные расстройства из группы тревожных расстройств в отдельную категорию [52], поскольку в практике детской психиатрии мы чаще сталкиваемся с незавершенными синдромами не только в плане недостаточной критики (что оправдывает введение определенного подтипа «с недостаточной критикой» по аналогии с DSM), но и с неразвернутостью идеаторной составляющей, клинически проявляю-

щейся в преобладании навязчивых страхов (аффективный уровень патологического реагирования).

К негативным результатам внедрения МКБ-10 также можно отнести «выпадение» некоторых известных в детской психиатрии расстройств, таких как задержки психического развития, включая инфантилизм, патологическое фантазирование, патологические увлечения, гебоидный синдром, клинически очерченные поведенческие расстройства и др.

### **Оценка опыта применения МКБ-10 детскими психиатрами в России**

Анализ ситуации «частичного» принятия МКБ-10 в России в условиях переживаемых социально-экономических трудностей позволяет высказать парадоксальное предположение, что использование МКБ обеспечило выполнение главной заявленной разработчиками цели: статистического воспроизведения диагнозов. При адекватном использовании диагностических критериев это способствует минимизации порочной практики «интуитивного» нозологического диагноза. Однако, полное внедрение всего семейства классификаций МКБ (диагностика по 6 осям, глоссарии, руководство для клинической практики, исследовательских целей, формализованные инструменты и т.д.), требующее радикальной реорганизации службы, поиска соответствующих ресурсов, повышения требований к качеству и эффективности деятельности медицинских учреждений, развития других форм помощи, высокого уровня межведомственного взаимодействия и т.д., на сегодняшний день остается недостижимым.

Отсутствие возможностей для подобной трансформации парадоксальным образом позволило в какой-то степени сохранить традиции отечественной детской психиатрии, поскольку потребовало сохранения клинко-нозологической оценки, ориентирующей врача на более полное выявление необходимых для диагностики клинко-психопатологических признаков болезни, но лишило методической базы для доказательных исследований.

Этим также в какой-то степени объясняется относительно небольшое число и достаточно поверхностный, с точки зрения доказательного подхода, характер отечественных работ, посвященных проблемам классификации в детской психиатрии, что предполагает их низкую востребованность при внесении предложений для МКБ-11.

Наряду с этим необходимо отметить, что анализ официальной статистической отчетности психических расстройств у детей и подростков с учетом «критерия практической целесообразности» (В.Н.Краснов, доклад, 2008) показывает, что МКБ-10 в целом, обеспечивает потребности статистической отчетности в основных разделах [2].

Ретроспективный анализ внедрения МКБ-10 в клиническую практику детской психиатрии в России после опубликования в 1998 году адаптирован-

ного варианта позволяет выделить ряд особенностей ее практического использования:

- диагностика только по первой оси с отказом от использования многоосевой системы МКБ-10,
- неприменение стандартизованных инструментов (разработанных на основе МКБ-10 шкал и опросников),
- тенденция к ограничению числа практически используемых рубрик,
- произвольность кодирования,
- игнорирование части симптоматики,
- установление диагноза без достаточных критериев,
- сохранение двойной диагностики (диагноз по МКБ-10 и нозологический диагноз и ведущий синдром),
- распространенная практика реабилитационного диагноза,
- трудности экспертной оценки состояния по МКБ,
- «систематические» ошибки диагностики и кодирования,
- отсутствие «культуры» использования с акцентом на воспроизводимость диагнозов и др.

Сложности ассимиляции современной классификации с отечественной детской психиатрией отражаются и в теоретических аспектах. Например, в подавляющем большинстве отечественных руководств по детской психиатрии МКБ-10 по сути игнорируется, и авторы придерживаются отечественных подходов к классификации [3].

Как справедливо указывают Ю.С.Шевченко и А.А.Северный\*, формализованность и отсутствие единого принципа классификации МКБ-10 не настраивает врача на проведение тщательной дифференциальной диагностики, на выделение клинических вариантов синдрома, обуславливает включение в одну рубрику синдромов различной природы, препятствует учету диагностического веса того или иного признака, затрудняет этиопатогенетическое обоснование терапии.

Более того, по их мнению, молодые врачи и некоторые научные коллективы воспринимают МКБ-10 как методологическую базу, определяющую клиническое и научное мышление, что привело к тому, что классические представления описательной психопатологии в настоящее время в значительной степени игнорируются, «отказ от принципа причинности и редукция клинического мышления к узко синдромальному и даже симптоматическому уровню представляется менее перспективным, чем попытки, пусть достаточно гипотетически, в рамках возможностей клинко-психопатологического анализа и доступных параклинических методов в каждом конкретном случае не ограничиваться констатацией наличия у пациента того или иного психического расстройства, а проникнуть в его этио-патогенетическую сущность».

\* Сообщение в этом же номере.

Таким образом, описываемые негативные последствия использования МКБ-10 в клинической практике со ссылкой на «внешнюю легкость» диагностирования по МКБ, ассоциирующуюся авторами лишь с набором нужного количества признаков, «подгоном» больного ребенка под соответствующую рубрику, отсутствием необходимости для более глубокого анализа его состояния и сопутствующих факторов, по существу свидетельствуют о поверхностных представлениях о работе с МКБ. При таком подходе игнорируются прописанные в классификации основные принципы практической диагностики и ее статистическая, как указывалось ранее, направленность.

Следовательно, упреки в том, что МКБ-10 «не способствует критическому осмыслению собственного клинического опыта, не побуждает к углубленному психопатологическому анализу и не дает достаточного набора опорных признаков для лечебно-коррекционной и лечебной работы» должны скорее рассматриваться в контексте профессионального самоопределения врача.

Свидетельством неудовлетворенности и, следовательно, неприятия МКБ являются сохраняющиеся попытки предложения классификаций, основанных на нозологическом принципе. Кроме того, утверждая атеоретичный характер МКБ-10 и подчеркивая ее прикладное, прежде всего статистическое значение, некоторые зарубежные и отечественные исследователи предупреждают против подмены ею концептуальных классификаций [1, 7, 11, 13, 26, 49]. В этой связи с сожалением приходится констатировать, что детально разработанная при подготовке МКБ-10 В.В.Ковалевым и О.Д.Сосюкало единая этио-патогенетическая модель классификации, одним из важных достоинств которой представлялось наличие оси оценки тяжести расстройства, и являвшаяся, на тот момент, квинтэссенцией нозологического подхода в отечественной психиатрии, в том числе детской, не нашла достаточного числа сторонников при подготовке МКБ-10 [5].

Значительные трудности также встают на пути практического использования многоосевой классификации психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10. По нашему опыту организации полипрофессионального (бригадного) взаимодействия в структуре социально-реабилитационного центра «Отрадное» города Москвы, с учетом наличия у многих детей физического насилия, раннего психотравматического опыта и других значимых социальных факторов, представлялось целесообразным применение многоосевой классификации психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10, с использованием других разделов, не кодируемых по первой оси (некоторые Z-коды, синдром избыточного ребенка, синдром Мюнхаузена по доверенности и т.д.).

Однако теоретическая и практическая неготовность членов бригады на существующем этапе развития данного перспективного классификационного направления (трудоемкость, малая практическая пригодность и отсутствие опыта) оказалась непреодолимым препятствием для конструктивного использования многоосевой диагностики. О серьезности проблемы также свидетельствует, основанное на голосовании на ассамблее американской психиатрической ассоциации (АПА) в 2004 году, 84 голосами против 49, решение об упразднении обязательной многоосевой диагностики по DSM-4 [43].

По мнению R.Googman, и в детской и во взрослой психопатологии, классификация все больше и больше становится направленной на предъявляемые признаки каждого расстройства, а не на предполагаемые этиологию и патогенез, из-за чего становится простым «наименованием составных частей». Однако для того, чтобы служить клиническим задачам, таким, как выявление, дифференциация и преодоление имеющихся расстройств, классификация должна давать полезные наводки по этиологии, сопутствующим проблемам и этим самым направить процесс дальнейшего расспроса и исследования. Более того, по меньшей мере, некоторые из признаков, на которых основано разграничение детей на различные диагностические группы, должны быть клинически значимыми с точки зрения нозологического подхода [1, 6].

В то же время однобоко-ригидное отношение к статистически направленной классификации приводит к неоправданным опасениям, что ее использование символизирует отказ от богатых традиций российской детской психиатрии (описательная дифференциация клинических фактов, эволюционно-биологическая концепция Г.Е.Сухаревой, концепция психического дизонтогенеза В.В.Ковалева, этио-патогенетические подходы к лечению и проч.) [4].

По-видимому, следует согласиться с положением о возможности существования в едином клиническом поле МКБ и иных систематизаций, сохраняющих свое значение в научных исследованиях и клинической практике. Это не отрицает правильности тех или иных теоретических построений и создает предпосылки для примирения противников и сторонников МКБ среди детских психиатров при условии бесспорности сохранения этио-патогенетического подхода как основы и движущей силы научного поиска в медицине, и отказа от заведомо бесплодных попыток произвольной, не основанной на доказательном подходе, разработки альтернативных классификаций.

Подобный продукт теоретизирования с претензией на полный охват существа клинических проблем по существу является основным препятствием к развитию психиатрии и классификации как способа фиксации «среза знаний». В конечном счете, по мнению К.Ясперса, такие попытки неизбежно попадают в «тупик рационального конструирования». При этом автор ссылается на исторический

опыт, доказывающий, что «любая психопатология, подчиняющаяся теоретическим интересам, быстро превращается в бесплодную догму» [15].

Можно также говорить о том, что декларируемые, на наш взгляд, преждевременные, попытки проникнуть в «этио-патогенетическую сущность» должны похвально восприниматься с точки зрения перспективы психиатрической науки и практики, но при этом должны опираться на соответствующую доказательную базу и разработку адекватного исследовательского аппарата. С этой точки зрения МКБ-10, безусловно, открывает широкие возможности для развития и работы над последующими пересмотрами.

Таким образом, на данный момент можно констатировать недостаточность доказательных данных и теоретических оснований для кардинального изменения системы классификации в детской психиатрии, следовательно, прогресс психиатрии и сближение опыта в направлении МКБ-11 должны основываться на положениях МКБ-10. При этом принятие МКБ-11 должно сопровождаться приближением к российским реалиям, и необходимы дополнительные усилия для вскрытия позитивных составляющих классификации, в первую очередь многоосевой диагностики, осторожного отношения к коморбидности, приоритета доказательности и клинических критериев диагностики.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гудман Р., Скотт С. Детская психиатрия, 2 изд. М.: Триада-X, 2008. 405 с.
2. Гурович И.Я., Голланд В.Б., Сон И.М. и соавт. Психиатрические учреждения России: показатели деятельности (1999–2006). М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2007. 572 с.
3. Детская психиатрия / Под ред. Э.Г.Эйдемиллера. СПб.: Питер, 2005. 1120 с.
4. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М.: Медицина, 1985. 288 с.
5. Ковалев В.В., Сосюкало О.Д. К совершенствованию систематики психических заболеваний у детей и подростков // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1984. № 10. С. 1506–1509.
6. Личко А.Е. Непсихотические нарушения в новой американской классификации психических расстройств (DSM-3) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1983. № 2. С. 126–130.
7. Моховиков А.Н. Предисловие научного редактора // Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте: Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10. М.: Смысл, СПб.: Речь, 2003. 407 с.
8. Никол Р. Практическое руководство по детско-юношеской психиатрии. Британский подход. Екатеринбург: УралИНКО, УралЦДИ, 2001. 224 с.
9. 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.
10. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия. Пер. с нем. М.: ЕКСМО-Пресс, 2001. 624 с.
11. Северный А.А. Перспективы многоосевой диагностики в детской психиатрии // Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте: Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10. М.: Смысл; СПб.: Речь, 2003. 407 с.
12. Сухотина Н.К. Донозологические формы нервно-психических расстройств у детей. Сообщение 1 // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, № 1. С. 75–80.
13. Циркин С.Ю. Вопросы психиатрической систематики в свете Международной классификации болезней 10-го пересмотра // Социальная и клиническая психиатрия. 1993. Т. 13, № 4. С. 109–119.
14. Шевченко Ю.С., Северный А.А., Данилова Л.Ю. Нерешенные (нерешаемые) проблемы диагностики и терапии в детской психиатрии // Российский психиатрический журнал. 2006. № 4. С. 35–40.
15. Ясперс К. Общая психопатология. М.: Практика, 1997. 1056 с.
16. Aguilar B., Sroufe L.A., Egeland B., Carlson E. Distinguishing the early-onset/persistent and adolescence-onset antisocial behaviour types: from birth to 16 years // Dev. Psychopathol. 2000. Vol. 12. P. 109–132.
17. Angold A., Costello E.J., Farmer E.M.Z. et al. Impaired but undiagnosed // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 1999. Vol. 38. P. 129–137.
18. Beach S.R.H., Wamboldt M.Z., Kaslow N.J. et al. Relational processes and DSM-V // Neuroscience, assessment, prevention and treatment. Arlington, VA: Am. Psychiatric Pub. Inc., 2006. P. 123–137.
19. Biederman J., Faraone S.V., Taylor A. et al. Diagnostic continuity between child and adolescent ADHD: findings from a longitudinal clinical sample // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 1998. Vol. 37, N 3. P. 305–313.
20. Biederman J., Faraone S.V., Milberger S. et al. Is childhood oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder? Findings from a four-year follow-up study of children with ADHD // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 1996. Vol. 35. P. 1193–1204.
21. Blanz B., Schmidt M.H., Esser G. Conduct disorders (CD): the reliability and validity of the new ICD-10-categories // Acta Paedopsychiatr. 1990. Vol. 53, N 2. P. 93–103.
22. Blanz B., Schmidt M.H. Reliability of child and adolescent psychiatry diagnoses in ICD-10 // Z. Kinder Jugendpsychiatr. 1990. Vol. 18, N 2. P. 78–86.
23. Boyle M.H., Offord D.R., Racine Y. et al. Identifying thresholds for classifying childhood psychiatric disorder: issues and prospects // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 1996. Vol. 35, N 11. P. 1440–1448.
24. Buitelaar J.K., van der Gaag R.J. Diagnostic rules for children with PDD-NOS and multiple complex developmental disorder // J. Child Psychol. Psychiatry. 1998. Vol. 39. P. 911–919.
25. Cantwell D.P. Classification of child and adolescent psychopathology // J. Child Psychol. Psychiatry. 1996. Vol. 37, N 1. P. 3–12.
26. Child and adolescent psychiatry / M.Rutter, E.A.Taylor (Eds.). 4th ed. Wiley-Blackwell, 2005.
27. DSM-V Task Force and Work group Update APA Division of Research Report to the APA Board of Trustees Submitted by: D.J.Kupfer, D.A.Regier, 2008.
28. Goodman S.H., Gotlib I.H. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission // Psychol. Rev. 1999. Vol. 106. P. 458–490.
29. Gould M.S., Bird H., Jaramillo B.S. Correspondence between statistically derived behavior problem syndromes and child psychiatric diagnoses in a community sample // J. Abnorm. Child Psychol. 1993. Vol. 21, N 3. P. 287–313.
30. Jensen P.S., Knapp P., Mrazek D.A. Toward a new diagnostic system for child psychopathology // Moving beyond the DSM. New York, London: The Guilford Press, 2006.
31. Jensen P.S., Mrazek D.A. Research and clinical perspectives in defining and assessing mental disorders in children and adolescents // Moving beyond the DSM. New York, London: The Guilford Press, 2006.
32. 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.
33. Keenan K., Wakschlag L.S., Danis B. et al. Further evidence of the reliability and validity of DSM-IV ODD and CD in preschool children // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 2007. Vol. 46. P. 457.
34. Knapp P., Jensen P.S. Recommendations for DSM-V // Moving beyond the DSM. New York, London: The Guilford Press, 2006.
35. Koren E. Impact of the extreme traumatic events on mental health of children // Abstracts of The First East European Congress of Psychiatry, Thessaloniki, Greece, September 2007.
36. Koren E. PTSD in children: diagnostic criteria and clinical reality // Abstracts of XIV World Congress of Psychiatry, Prague, Czech Republic, 2008.
37. 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.
38. Kupfer J., First M.B., Regier D.A. A research agenda for DSM-V. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2002.
39. Lengua L.J., Sadowski C.A., Friedrich W.N., Fisher J.J. Rationally and empirically derived dimensions of children's symptomatology: expert

ratings and confirmatory factor analyses of the CBCL // Consult. Clin. Psychol. 2001. Vol. 69, N 4. P. 683–698.

40. Lord C., Rutter M., Le Couteur A. Autism Diagnostic Interview-Revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders // J. Autism Dev. Disord. 1994. Vol. 24, N 5. P. 659–685.

41. McConville B.J., Steichen-Asch P. On the usefulness of the DSM-III-R versus the DSM-III for child psychiatrists // Can. J. Psychiatry. 1990. Vol. 35, N 5. P. 367–375.

42. Mezzich J. International classification and diagnosis: critical experience and future directions // Psychopathol. 2002. Vol. 35.

43. Peel R. Issues already before the DSM-V task force incomplete. 2008. [http://www.rogerpeele.com/clinical\\_topics/dsm\\_v\\_issues.asp](http://www.rogerpeele.com/clinical_topics/dsm_v_issues.asp)

44. Psychiatric diagnosis and classification / M. Maj, W. Gaebel, J. Lopez, N. Sartorius (Eds.). Publisher: John Wiley & Sons, 2002. 270 p.

45. Psychiatric disorders in children and adolescents: results of the ICD-10 field trial // Pharmacopsychiatry. 1990. Vol. 23, Suppl. 4. P. 173–176.

46. Regier D.A., Narrow W.E., First M.B., Marshall T. The APA classification of mental disorders: future perspectives // Psychopathology. 2002. Vol. 35, N 2–3. P. 166–170.

47. Remschmidt H., van Engeland H. (Eds.). Child and adolescent psychiatry in Europe. Historical development. Current situation. Future perspectives. New York, Darmstadt, Steinkopff: Springer, 1999. P. 409.

48. Rutter M., Lebovici S., Eisenberg L. et al. A tri-axial classification of mental disorders in childhood: an international study // J. Child Psychol. Psychiatry. 1969. Vol. 10. P. 41–61.

49. Rutter M., Gould M. Classification // Child and adolescent psychiatry. Modern approaches / M. Rutter, L. Hersov (Eds.). Oxford: Blackwell, 1985.

50. Rutter M., Le Couteur A., Lord C. ADI-R: The Autism Diagnostic Interview-Revised. Los Angeles, CA, 2003.

51. Steinhausen H.C., Erdin A.J. A comparison of ICD-9 and ICD-10 diagnoses of child and adolescent psychiatric disorders // Child Psychol. Psychiatry. 1991. Vol. 32, N 6. P. 909–920.

52. Storch E.A., Abramowitz J., Goodman W.K. Where does obsessive-compulsive disorder belong in DSM-V? // J. Depress. Anxiety. 2008. Vol. 25. P. 336–347.

53. The classification of child and adolescent mental diagnoses in primary care, diagnostic and statistical manual for primary care (DSM-PC), child and adolescent version. M.L. Wolraich, M.E. Felice, D. Drotar (Eds.). Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 1996.

54. Werry J.S. Child psychiatric disorders: are they classifiable? // Br. J. Psychiatry. 1992. Vol. 161. P. 472–480.

55. Zero to Three, Diagnostic classification: 0–3. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood. Revised edition (DC: 0–3R). Washington, DC: Zero to Three Press, 2005.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МКБ-10 В РОССИЙСКОЙ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ В ПЕРСПЕКТИВЕ ПЕРЕСМОТРА МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ

Е. В. Корень, И. Н. Татарова, А. М. Марченко, А. О. Дробинская, В. В. Субботина

В статье критически оценивается опыт применения МКБ-10, обсуждаются различные аспекты ее практического применения в отечественной детской психиатрии, высказывается мнение о, в целом, положительной оценке возможностей ее статистического использования и даются предложения по совершенствованию классификации в свете пересмотра МКБ-11. Констатируется незначительное число отечественных исследований и недостаточность доказательной базы по данной проблематике. Обосновывается принятие МКБ-10 как

основы будущей классификации, обсуждаются пути сближения противников и сторонников МКБ-10 на основе более полной реализации заложенных в ней механизмов без ущерба для развития нозологического направления в детской психиатрии.

**Ключевые слова:** МКБ-10, предложения по классификации для МКБ-11, детская психиатрия, клинический подход, многоосевая диагностика.

## ICD-10 IN RUSSIAN CHILD PSYCHIATRY AND THE PERSPECTIVES OF FUTURE REVISION OF THIS INTERNATIONAL CLASSIFICATION

E. V. Koren, I. N. Tatarova, A. M. Marchenko, A. O. Drobinskaya, V. V. Subbotina

This article provides a critical view on the ICD-10 and discusses various aspects of its practical application in Russian child psychiatry. The authors are positive about possibilities of its statistical use and propose some changes and amendments for the next, revised ICD-11. They point to shortage of research in this country and lack of evidence-based data in this field. In their opinion, the ICD-10 is good enough to serve as the basis

for a new classification, and they propose the ways to reduce the distance between the opponents and proponents of the ICD-10 on the basis of a more complete realization of the underlying mechanism, without damage to the nosological approach in child psychiatry.

**Key words:** ICD-10, proposals concerning classification ICD-11, child psychiatry, clinical approach, multiaxial diagnosis.

---

**Корень Евгений Владимирович** – кандидат медицинских наук, руководитель отделения психической патологии детского и подросткового возраста, ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»; e-mail: evkoren@yandex.ru

**Татарова Ирина Николаевна** – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения психической патологии детского и подросткового возраста, ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»

**Марченко Анна Михайловна** – младший научный сотрудник отделения психической патологии детского и подросткового возраста, ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»

**Дробинская Анна Олеговна** – кандидат психологических наук, старший научный сотрудник отделения психической патологии детского и подросткового возраста, ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»

**Субботина Виктория Вячеславовна** – младший научный сотрудник отделения психической патологии детского и подросткового возраста, ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»