

УДК 615.89:64

*А.Л. Вольфогель***О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ ВНЕДРЕНИЯ МКБ-10 В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВУЮ ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького, Украина

Ключевые слова: МКБ-10, обучающая программа, взаимодействие биологического и социального, транзакция, интеракция

Систематика психических расстройств отражает современный уровень познания механизмов возникновения и развития психопатологических феноменов. Международная классификация является отражением консенсуса экспертов и психиатрических школ всего мира [1]. Использование МКБ-10 в национальной системе психиатрической помощи означает не только переход на новую систему кодирования диагнозов, но принятие ее идеологии и стратегии [2].

Необходимость обучения врачей детских и подростковых психиатров работе с МКБ -10 объясняется в значительной мере тем, что последние годы заметен рост нервно - психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Основной причиной последнего следует считать увеличение социального напряжения в стране, экологический кризис, снижение морально-этических требований. Дети и подростки практически предоставлены сами себе (гипоопека, безнадзорность). Это в свою очередь приводит к раннему возникновению девиантных форм поведения (антидисциплинарное, антисоциальное, делинквентное и аутоагрессивное). Жизнь в условиях постоянного стресса как в обществе, так и в семье приводит к ранней алкоголизации, противоправной деятельности, раннему приёму наркотических средств и, как следствие, росту числа суицидов в подростковом возрасте. Отмечается рост правонарушений среди подростков, последнее повышает требования к различного вида экспертизам (военная, трудовая, судебная). Некоторые необдуманные реформы в стране (в частности начало обучения с 6 летнего возраста) привели к искусственной «дебилизации» значительного числа детей - ретардантов, непосильные нагрузки для незрелой психики способствуют возникновению гиперкинетических расстройств, расстройств поведения и эмоций, расстройств речи и общения.

Отмечен рост числа детей с врождённым недоразвитием интеллекта. Последнее является

следствием экоцида в республике. В известной мере продолжается влияние на генофонд последствий аварии на ЧАЭС, увеличивается число лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами, значимы проблемы питания и т.п. [3]. Важно учитывать тот факт, что у лиц с умственной отсталостью возможны все соматические и психические расстройства, это требует индивидуального, чрезвычайно этичного подхода при работе с ними. Умственно отсталые лица чаще становятся жертвами эксплуатации, физического и сексуального насилия. Эти же причины лежат в основе расстройства школьных навыков, речевой патологии, а также специфически важных для менталитета врача расстройств развития в виде различных вариантов аутизма, гиперактивного расстройства поведения и других расстройств развития. Актуальность данной проблемы обусловлена задачей социальной адаптации детей и подростков, необходимостью организации специализированных учебных заведений. До настоящего времени не разработана программа социальной адаптации лиц с аутизмом.

В МКБ-10 отсутствуют термины «заболевание», «болезнь». Используется термин «расстройство личностного функционирования». Это особенно важно в отношении лиц с врождённым недоразвитием интеллекта, так как последние отображают иной уровень личностного функционирования, при котором имеет место определённая группа симптомов и поведенческих девиаций. МКБ-10 окончательно отказывается от архаических терминов «дебил», «имбецил», «идиот», которые приобрели социально негативный оттенок, предложены нейтральные профессиональные термины. Умственная отсталость - это неполное развитие психики, которое заключается в недостаточности когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей. У умственно отсталых можно наблюдать весь диапазон психических расстройств. Адаптивное поведение нарушено всегда, поэтому важна роль

мероприятий по социальной адаптации.

Критики предыдущих классификаций отмечают их парадигматический характер: диагностика основывалась на выделении «типичных среднестатистических случаев». Врач, который усваивал эти типичные модели, сравнивал каждый случай со «штампом»: выбирая наиболее «подходящий» вариант (Н. Katsching, С. Simhandl, 1986). В конечном счете это привело к резкому сокращению диагностического репертуара. Так, врачами детских стационаров Донецкой области (гг. Донецк, Горловка, Славянск) используются преимущественно 12 вариантов диагностических заключений, в то время как МКБ-10 предполагает использование 68, без учета в структуре детско - подростковых нервно-психических расстройств эндогенных заболеваний и эпилепсии. Это свидетельствует о том, что синдромальный принцип диагностики допускает значительно больший «диагностический разброс», по сравнению с классическими диагностическими системами.

О.В. Кербинов в свое время высказал замечательную мысль: «корни психиатрии приходятся на детский возраст»[4]. Это нашло отражение в том, что в МКБ-10 нервно-психическим расстройствам детского и подросткового возраста отведено три модуля [F7, F8, F9].

МКБ-10 в значительной мере расширяет понимание взаимодействия биологического и социального в детской психиатрии. Так, представители ряда школ полагали, что для детей не характерны депрессии и квалифицировали подобные расстройства, как псевдоделинквенция [5, 6, 7]. Однако современные особенности формирования личности детей и подростков в условиях экоцида, социального кризиса, а также асинхроний психического развития создают предпосылки для развития у них устойчивых, депрессивных состояний [8]. Выделение такой рубрики в МКБ-10 не только отражает клиническую реальность, но способствует профессионально грамотному отношению к пациенту.

Касаясь вопросов диагностической конверсии, следует отметить, что проблемам нервно - психических расстройств в детском и подростковом возрасте в предыдущих классификациях уделялось незаслуженно мало места. В современной классификации впервые представлены обсессивно-компульсивные расстройства детского возраста, а также нарушения сна и приема пищи, в генезе которых важная роль отводится биологическим факторам [9-10].

Значительное место в диагностическом мо-

дуле F9 принадлежит различию между интеракционными и трансакционными взаимодействиями. Это четко отражено в категориях F90; F91 , где показано, что поведение индивида во многом обусловлено «принципом самоуравновешивания» (самоисправления), который вступает в действие, если девиации поведения значительно отклоняются от «золотой середины» [11].

Внедрение МКБ-10 предусматривает пересмотр соотношения между клиническим и анамнестическим методами в диагностическом процессе. Традиционным в профессиональном сознании современного поколения детских психиатров является принцип - «диагноз - это на 70 % анамнез». Создатели новой классификации в части детской и подростковой психиатрии отдают предпочтение распознаванию клинических феноменов. Последнее особенно важно , потому что в практике детских психиатров нередко использовалась тактика «щадящего диагноза». МКБ-10 - предполагает не «щадить» , а адекватно оценивать клинико - диагностические особенности пациента, и применять соответствующую терапевтическую тактику. Следует однако отметить, что в части клинических исследований анамнезу должно уделяться, тем больше места, чем младше ребенок .

Основная проблема применения МКБ-10 в практической деятельности врача определяется тем фактом, что из модулей F8 и F9 исключены эндогенные и резидуально - органические расстройства психической деятельности, отсутствует категория - эпилепсия. Предлагается использовать коморбидность классификации, однако это не исключает путаницы. Предыдущие модули касаются расстройств взрослой личности, вместе с тем общеизвестно, что более 50% лиц, состоящих на учёте у детского и подросткового психиатра страдают теми или иными расстройствами, в основе которых церебрально-органическая патология.

Несомненно положительным моментом МКБ-10 в модуле F 7 является более тонкое клиническое разграничение степеней умственной отсталости , последнее способствует улучшению качества работы МПК и социальных служб. Однако, декомпенсированные варианты умственной отсталости сведены только к поведенческим девиациям, в то же время практикующий врач сталкивается с тем фактом, что у этих лиц имеются неврозоподобные расстройства, судорожные состояния и т.п. В практической деятельности врача это важно учитывать, т.к. терапевтическая тактика направлена на сим-

птомы, отражающие клинику декомпенсации.

Касаясь модуля F 8 - следует отметить, что значительно расширена картина аутизма, за счёт редких «экзотических» синдромов, в частности синдром Ретта, распространённость которого оценивается как 1: 10000 - 15 000. Столь же редко встречающийся в практике врача синдром Геллера, в классификации представлен как «другое дезинтегративное расстройство». В то же время чётко не оговорены синдром Каннера и аутизм при эндогенном расстройстве. Последнее заставляет практического врача шифровать расстройство, исходя из требований МКБ-10, а терапию проводить на основании нозологического подхода.

На протяжении многих лет в зарубежной литературе описывались расстройства в рамках РДВГ (расстройств с дефицитом внимания и гиперактивностью), эта проблема по мнению ряда авторов в первую очередь обусловлена урбанизацией и нашла отражение в МКБ-10. Расстройство чрезвычайно устойчиво и вопреки распространённому мнению у большинства детей симптомы сохраняются и в подростковом возрасте [12-16].

Модуль F 9 несомненно расширяет границы категории расстройства социального поведения. В зависимости от географических, этнических и экономических факторов расстройство поведения встречается у 5 — 15% детей и подростков. Расстройства представлены как ограниченные рамками семьи, нарушающими либо не нарушающими социальные связи и оппозиционно -

вызывающие. Практикующему врачу в связи с этим трудно ориентироваться в природе расстройства и следовательно планировать мероприятия по социальной адаптации; поэтому представляются спорными приводимые рубрики. На протяжении нескольких десятилетий детские и подростковые психиатры спорили о феномене т.н. «школьной дезадаптации». Противники выделения такого самостоятельного синдрома отмечали, что любое нервно - психическое расстройство у детей и подростков проявляется в нарушении поведения и не позволяет говорить об индивидуальном подходе при проведении мероприятий по социальной адаптации. В таком случае отражён только социальный аспект проблемы, но практический врач понимает, что тактика терапевтического воздействия различна при эндогенном расстройстве, невротическом резидуально - органическом, психопатоподобном резидуально - органическом, также при патохарактерологическом и невротическом формировании личности в т.ч. нервной анорексии.

Несомненной заслугой МКБ-10 является введение рубрики депрессивное расстройство поведения, которое ранее расценивалось как псевдоделинквентность, пользуясь возможностью комобирдности данное расстройство можно рассматривать и в структуре эндогенного заболевания.

Нам представляется, что внедрение в практику МКБ-10 внесёт необходимые коррективы и последующая классификация будет в большей степени отражать клинические реалии .

А.Л. Вольфогель

ПРО ДЕЯКІ АСПЕКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ МКХ-10 У ДИТЯЧЕ-ПІДЛІТКОВУ ПРАКТИКУ

Донецький державний медичний університет ім. М.Горького, Україна

У статі наводяться концептуальні та клінічні аспекти впровадження МКХ-10 у дитяче-підліткову психіатричну практику держави. Наводяться деякі особливості МКХ-10, які з нашої точки зору зашкоджують швидкому впровадженню МКХ-10. Разом з тим, підкреслюється безперечно прогресивна тенденція МКХ-10 в цілому. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 1999. — № 2 (6). — С. 23-26).

A.L. Voltfogel

ABOUT SOME ASPECTS OF ICD-10'S INTRODUCTION INTO THE PRACTICE OF CHILDREN AND ADOLESCENT PSYCHIATRY

Donetsk State Medical University, Ukraine

The article presents conceptual and clinical aspects of ICD-10's introduction into the state practice of children and adolescent psychiatry. Some ICD-10's peculiarities that, from the author's point of view, may decelerate its introduction are considered. Undoubtedly progressive character of ICD-10 is underlined. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 1999. — № 2 (6). — P.23-26).

Литература

1. Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика: Практическое руководство. 2-е издание перераб. и доп. - М.: «Медицина», 1997. - 496 с.
2. Абрамов В.А. МКБ-10 - методологическая и клиническая основа реформ в психиатрии. // Журнал психиатрии и медицинской психологии . Донецк, 1999, № 1 (5), с. 3-12.
3. Базыльчик С.В. Пограничные нервно - психические расстройства у детей и подростков, проживающих на территориях радиоактивного загрязнения: Автореф. дис. ...к.м.н. - 1993. - 23 с.
4. Кербиков О.В. Избранные труды. М., 1971. - 311 С.
5. Mahler M.S. On sadness and grief in infancy and childhood. Psychoanal. Study Child 1961; 16: 332 - 354.
6. Mc Conville B.J., Boag L.C., Purochit A.P. Three types of childhood depression. Can. J. Psychiatry 1973; 18: 133 - 178.
7. Poznanski E., Krahenbul V., Zrull J. Childhood depression. J. Am. Acad.
8. Puig-Antich J., Goetz D., davies m. et al. A controled family history study of prepubertat major depressive disorders. Arch. Gen. Psychiatry 1989; 46: 406 - 418.
9. Flament M.F., Koby E., Rapoport J.L. et al. Childhood obsessive-compulsive disorder: a prospective follow-up study . J. Child Psychol. Psychiatry 1990; 31: 363-380.
10. Minde K., popiel K., Leos N. et al. The evaluation and treatment of sleep disturbances in young children. J. Child Psychol. Psychiatry 1993; 34: 521-533.
11. Benoit D. Failure to thrive and feeding disorders. In : Zeanah CH Jr, ed. Handbook of infant mental health. New York: The Guilford Press, 1993; 317 - 3317
12. Sameroff A. J., Chandler V.J. Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In : Horowitz F.D., Heterington M., Scarr-Salapatec S., Siegal G., eds. Review of child development research, Volume 4. Chicago: University of Chicago Press, 1975.
13. Weiss G., Minde K., Werry J. et al. A five - year follow - up study of hyperactive school children. Arch. Gen. Psychiatry 1971; 24: 409 - 414.
14. Satterfield J., Hoppe C., Scell A. Prospective study of delinquency in 110 adolescent boys with attention deficit disorder and 88 normal adolescent boys. Am . J. Psychiatry 1982; 139: 797 - 798.
15. Gittelman R., Mannuzza S., Shencer R. et. al. Hyperactive boys almost drown-up. Arch. Gen. Psychiatry 1985; 42: 937 - 947.
16. Barkley R. A., Fischer M., Edelbrock C.S. et. al. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: an eight year prospective follow - up study. J. Am. Acad. Chid Adolecs. Psychiatry 1990; 29: 546 - 557.

Поступила в редакцию 10.02.99г.