

ПРОБЛЕМНЫЕ СТАТЬИ

УДК 615.89:614

*В.А. Абрамов***МКБ-10 — МЕТОДОЛОГИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ОСНОВА РЕФОРМ В ПСИХИАТРИИ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: международная классификация, психическое расстройство, диагностика, реформа.

Классификация болезней в психиатрии необходима для того, чтобы специалисты могли понимать друг друга при обсуждении различных аспектов психической патологии, а также для обеспечения сравнимости результатов исследований различных групп больных. Поэтому появление классификации психических и поведенческих расстройств МКБ-10 в различных версиях и на многих языках — событие огромного значения в психиатрии. Впервые в её истории разработана классификация, основанная на консенсусе экспертов и психиатрических школ всего мира. Помимо самой классификации изданы дополнительные материалы с целью помощи специалистам, работающим в сфере психического здоровья, в правильном её использовании.

Одобрённая Ассоциацией психиатров Украины и Минздравом Украины, международная классификация рекомендована к обязательному использованию в национальной системе здравоохранения. Этот процесс означает не только переход на терминологию МКБ-10, но и принятие её идеологии и стратегии.

Освоение современной международной классификации психических расстройств, овладение навыками работы с ней и наличие собственных суждений по её использованию, является одним из основных условий присоединения украинских психиатров к мировому психиатрическому сообществу. [1].

Отношение специалистов к МКБ-10 и понимание её значения в психиатрической практике в значительной мере определяют основные направления внедрения и психологическую, в т.ч. когнитивную готовность к её освоению и использованию.

Начальный период её осмысления и практического применения показал, что МКБ-10 у многих психиатров вызывает потребность в критических замечаниях и адаптации её к национальным традициям и сложившемуся опыту рас-

познавания психических заболеваний.

Другая категория специалистов в качестве главного аспекта использования называет статистические цели, направленные на переориентацию врачей на новую систему кодирования психических расстройств.

Для украинских психиатров несомненно наиболее предпочтительным, если не обязательным, является иной вариант использования МКБ-10, в основу которого должно быть положено парадигмальное значение международной классификации.

Среди психиатров нет единства в отношении МКБ-10. Однако безальтернативная необходимость её принятия значительно снижает остроту дискуссии. Тем более, что ещё в 1939 году А.С. Кронфельд отмечал, что все классификации — это лишь предварительные результаты клинической договоренности [4].

Наиболее чёткая точка зрения об этом высказана П.В. Морозовым [6]: на современном этапе развития психиатрии достижения между различными национальными психиатрическими школами реализуются путём провозглашения атеоретического, прагматического подхода к проблемам систематики, временного отказа от учёта этиопатогенетических факторов и ухода от нозологических принципов классификации. Примерно такую же позицию занимает А.Б. Смулевич и соавт. [8], которые полагают, что классификации заболеваний последнего времени, и в том числе МКБ-10, отражают сложные преобразовательные процессы в клинической психиатрии, вступившей в «постнозологический период своего развития». Это знаменует отход от прежних представлений о жёстких границах между психическими болезнями и тем самым от исключительного положения в систематике нозологических форм, выделяемых в качестве единственно возможных таксономических единиц. Наступившие перемены создают, по мнению автора, условия для построения

теоретических концепций, в большей степени, чем традиционные, соответствующих накопленным эмпирическим данным.

Редукция нозологического подхода в МКБ-10 проявляется не только в замене понятия «нозологическая форма» на понятие «расстройство», но и главным образом в использовании культурально непривычной последовательности диагностического процесса и его содержательных характеристик. Главным компонентом МКБ-10 является диагностический алгоритм, логическая операция включения и исключения из группы на основе жёстко сформулированного набора признаков и(или) симптомов, что позволяет при наличии соответствующей информации приходиться к одинаковым диагностическим заключениям. Такой подход, безусловно, не устраняет необходимости распознавания тех или иных проявлений болезни. Достоверность первичного описания клинических признаков является главной проблемой таких классификаций. Кроме того, многих отпугивает «безыдейность» операционального подхода, хотя не всегда понятно, какие же бесспорные или фундаментальные идеи можно заложить в основу современной классификации психических расстройств. Чаще всего в статьях и высказываниях на эту тему речь идёт об идеологии, которой придерживается тот или иной автор критических замечаний. [7].

В России смысл подготовки к введению МКБ-10 в психиатрическую практику заключался в многочисленных попытках её адаптации всевозможными комиссиями и подготовительными группами [11]. Научно обоснованных попыток адаптировать психиатров к предстоящей инновационной деятельности не было.

В Украине, в соответствии с приказом Министра здравоохранения, Международная классификация психических и поведенческих расстройств введена с 1.01.99 года. Однако первое знакомство украинских психиатров с МКБ-10 произошло гораздо раньше — в 1994 году после выхода в свет российского издания классификации в переводе Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина и др. [5]. В последующие пять лет наблюдалось спокойное ожидание команды к её внедрению без каких-либо всплесков профессиональной активности, направленной на осмысление её содержания, принципиальных изменений в диагностике психических заболеваний и разработку путей дальнейшего развития украинской психиатрии. Даже на первом Национальном конгрессе невропатологов, психиатров

и наркологов (Харьков, 1997), а также на Пленуме профессионального общества (Миргород, 1998) этот вопрос не обсуждался.

При изучении различных материалов, основанных на МКБ-10, возникает вопрос об основной цели внедрения этой классификации. Представители ВОЗ на семинаре, посвящённом МКБ-10, проходившем в 1994 году в Киеве, утверждали, что таковой является достижение унификации статистических данных о заболеваемости психическими расстройствами. В предисловии к русскому изданию МКБ-10 также обращается внимание на то, что она предназначена прежде всего для статистических целей и не должна затрагивать концептуальных классификаций, сохраняющих своё значение для психиатрической науки и практики [10].

Такие определения нуждаются в уточнении, поскольку унификация статистических данных предполагает унификацию диагностических оценок. Для многих европейских стран введение новой классификации не оказало существенного влияния на сложившуюся систему диагностики психических расстройств и реабилитационную тактику. Однако для Украины статистические цели (нужные и важные) перекрываются необходимостью существенной перестройки клинического мышления психиатров, диагностических подходов, всей системы устоявшихся профессиональных стереотипов.

Точек приложения МКБ-10 в работе практикующего психиатра — множество. Они охватывают практически все стороны его профессиональной деятельности. (Схема 1).

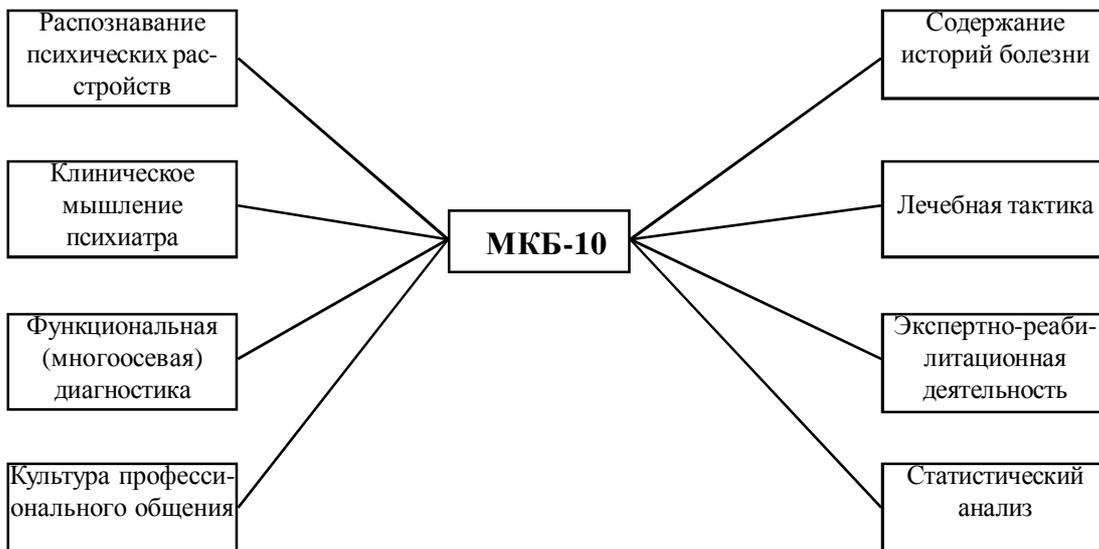
Современное поколение украинских психиатров сформировалось на принципах нозоцентризма, принципиального разграничения неврозов и психозов, своеобразных диагностических стандартах, допускающих, с одной стороны, расширительное толкование шизофрении, с другой стороны, — значительное ограничение диагностического диапазона при оценке аффективных, невротических или органических расстройств. Из этого следует, что статистический аспект внедрения МКБ-10 в нашей стране должен отступить на второй план. Нельзя решать вопросы статистического учёта определённой (диагностической) деятельности, когда у участников этой деятельности нет о ней достаточных представлений. Только в случае овладения навыками новой для украинских психиатров диагностической технологии возможно адекватное использование международных диагностических стан-

дартов и статистического анализа полученной информации.

К сожалению, упрощённое понимание целей введения МКБ-10 встречается у многих укра-

Схема 1.

Прагматическое значение (профессиональные векторы) МКБ-10.



инских психиатров. Так, первые методические рекомендации по внедрению в практику МКБ-10, изданные в Украине в 1999 году, представляют собой в основном систему перекодирования диагнозов (полезны для врачей статистиков) и не содержат никаких методических материалов, облегчающих её изучение и клиническое использование (бесполезны для врачей психиатров). Но особенно настораживает категоричное утверждение авторов этого документа о том, что МКБ-10 предназначена прежде всего для статистических целей и «её рубрики ни в коем случае не заменяют клинический диагноз». Но ведь название рубрики и есть клинический диагноз. Тем более, что далее авторы утверждают, что клиницист обязан таким образом «сформировать и чётко определить соответствующие синдромы и симптомы, чтобы не было сомнений, какой код рубрики классификации необходимо использовать».

Кодировочные (конверсионные) таблицы, облегчая знаковую формализацию диагноза, не только не являются инструментом клинко-диагностического исследования, но и искажают логику реального диагностического процесса. По большому счёту, этот процесс не может осуществляться с ориентацией на две диагностические системы. Ни с точки зрения формальной логики, ни с точки зрения стратегии диагностического поиска принцип «кодировочной диагностической конверсии» не может являться основой внедрения МКБ-10. Практикующий психи-

атр должен распознавать симптомы, диагностировать болезнь, а не сопоставлять классификации различных пересмотров, не облегчая, а усложняя диагностический поиск. Не коды и шифры должны обеспечить высокую диагностическую воспроизводимость (цель МКБ-10), а достоверная диагностика. Обучению именно этой процедуре следует уделять внимание при разработке методических рекомендаций и учебных пособий, т.к. критерием подготовленности специалиста к работе в качестве пользователя МКБ-10 является умение идентификации психических расстройств в соответствии с новой диагностической технологией, а не навыки кодирования. Допустимость двойного кодирования не следует рассматривать с позиций возможности «двойной диагностики», при которой диагностические решения принимаются дважды: вначале по МКБ-9 (иначе, затем конверсионная таблица), а затем — по МКБ-10.

Основные недостатки кодировочных (конверсионных) таблиц, как инструмента внедрения МКБ-10, могут быть сведены к следующему:

1. Не акцентируют внимание на принципиальных новациях МКБ-10.
2. Распознавание болезни с одновременной ориентацией на две классификации искажает логику диагностического процесса.
3. Представляются как единственный механизм внедрения МКБ-10 в клиническую практику.
4. Ограничиваются сопоставлением на уров-

не знаковой формализации диагноза, не затрагивая содержания диагностического процесса.

5. Абсолютизируют значение статистического анализа в контексте многоаспектной ценности МКБ-10.

6. Не ориентируют врача на использование в клинической практике комплекса материалов («семейства») МКБ-10.

7. Не способствуют обучению адекватному использованию МКБ-10 в реальной клинической практике.

С нашей точки зрения, значение кодировочных таблиц не следует переоценивать. По мнению Н. Сарториуса (1997), целесообразность их использования ограничивается кратковременным «переходным» периодом и только для «перевода» статистических данных из одного классификационного периода в другой, а также для сравнительного лонгитудинального исследования.

Таким образом, не «код рубрики» (при всей его важности для целей статистики) должен определять адекватность диагностики. Мерилом профессионального врачебного мастерства являются навыки использования современной диагностической технологии. Именно эти аспекты являются системообразующими при рассмотрении смысла МКБ-10. Что касается вышеуказанных методических рекомендаций, то создаётся впечатление, что они гипотетически ориентированы на статистическую версию МКБ-10 и предназначены для врачей статистиков, не участвующих в лечебно-диагностическом процессе, а не для практикующих психиатров.

Для адекватного использования МКБ-10 прежде всего необходимо осознать смысл и основные принципы её создания. Наиболее принципиальным моментом является почти полный отказ от нозологических принципов классификации. В какой-то мере (далеко не полной) можно говорить о сохранении нозологического подхода к диагностике только при органических и неврологических расстройствах, имея в виду, что этиологический фактор подразумевает не абстрактно понимаемую «природу заболевания», а доказанную причинно-следственную зависимость между конкретным болезнетворным фактором и возникающим заболеванием.

Реформирование психиатрии с использованием современных мировых и общеевропейских тенденций немыслимо без опоры на МКБ-10. Имеется в виду не только формально-административная сторона проблемы и необходимость перехода на единый с западноевропейскими стра-

нами диагностический язык, но и операционально-логическая структура классификации, являющаяся платформой для разработки системы (биопсихосоциальных) подходов к пациенту с психическими расстройствами.

МКБ-10 в значительно большей мере, чем МКБ-9, приближает к многомерной (функциональной) диагностике психических расстройств. Помимо операционального клинического диагноза, классификация включает личностную, соматическую ось, ось социальной адаптации (социального функционирования) и градации их измерения. Как справедливо отмечает В.И. Полтавец [7], многомерность МКБ-10 — существенный шаг по пути индивидуализации диагноза, повышения его роли в выборе терапевтической тактики.

Внедрение в МКБ-10 недвусмысленно затрагивает и парадигму отечественной психиатрии, и различные аспекты конкретной практической деятельности врача-психиатра. Используемые в классификации понятия окажут влияние на культуру общения психиатров друг с другом, на содержание историй болезни, на отношение к терапии, лишённое рутинности и терапевтического нигилизма. Достаточно существенной является и возрастающая вероятность более доверительного и открытого обсуждения с больным симптомов его расстройства, поскольку всё более важным становится необходимость обучения пациентов и их родственников управлению психическим расстройством. Последнее является едва ли не основной задачей и критерием профессионализации и гуманизации психиатрии [3].

Наличие клинических описаний и указаний по диагностике однозначно свидетельствуют о том, что МКБ-10 должна стать не только настольной книгой практикующего врача-психиатра, не только формализованным диагностическим стандартом, но и основой для приобщения отечественных психиатров к современным диагностическим технологиям, постулирующим индивидуальный подход к больному и рассмотрение его в качестве уникальной целостности. Основные принципы, положенные в основу классификации, операциональный характер построения диагностических критериев являются действенным средством преодоления «нозоцентризма» в психиатрии, а также подхода к пациенту с позиций среднестатистических закономерностей.

Существенным является то обстоятельство, что внедрение МКБ-10 обязательно повлечёт за

собой значительное увеличение диагностического диапазона, большую клиническую дифференциацию выявленных нарушений, уменьшение количества произвольных толкований психического состояния пациентов, их стигматизации.

Таким образом, новую международную классификацию психических и поведенческих расстройств можно считать методологической и клинической основой реформ в психиатрии, а не справочником (пособием) для статистического анализа. Основанием для такого утверждения является отнюдь не гипотетическая зависимость судьбы пациента с психическими расстройствами, отношения к нему общества, назначаемых терапевтических процедур и режима наблюдения от адекватности диагностических решений и используемых диагностических конструкций. Главным компонентом МКБ-10, как уже отмечалось, является диагностический алгоритм с жёсткой опорой на базисные (осевые по Е. Блейлеру) симптомы, что уменьшает вероятность терминологических неоднозначностей, произвольных диагностических толкований и злоупотреблений психиатрией.

При адекватном использовании МКБ-10 есть реальные основания рассчитывать на существенную реорганизацию психиатрической помощи в следующих направлениях:

1. Овладение методом нормативного клинико-диагностического исследования.
2. Многоосевой (биопсихосоциальный) подход к проблемам пациента.
3. Высокий профессионализм медперсонала в широком смысле слова.
4. Создание устойчивой основы для социальной интеграции пациентов.
5. Гуманизация психиатрической помощи.
6. Интеграция системы охраны психического здоровья в мировое сообщество.

Второй дискуссионный вопрос заключается в механизмах практического внедрения МКБ-10: или без отклонений от оригинала, или после её адаптации с учётом национальных особенностей.

Можно только посочувствовать российским коллегам, которые получают для использования адаптированный вариант МКБ-10, «утвержденный Минздравом России после его разработки группой специалистов и обсуждения высококвалифицированными научными консультантами и ответственными работниками практического здравоохранения» [2]. Этой «разработкой» предусматривается дополнительная разбивка подрубрик, дополнительные включения ряда терми-

нов, приведение недостающих комментариев и др. При этом упускается из виду профессиональная компетентность (не говоря о нравственной стороне) разработчиков классификации, представляющих около 110 институтов из 40 стран мира. С другой стороны, принципиальная возможность и произвольность изменений даже при условии административно-чиновничьих санкций делают очень вероятным вмешательство в основополагающие принципы классификации, выработанные мировым сообществом психиатров. И не перестанет ли международная классификация после такой «национальной интервенции» её содержания быть международной?

Следует поэтому согласиться с мнением Н.А. Корнетова [3] о нецелесообразности национальной адаптации международной классификации психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра, которая имеет чёткую и удобную систему изложения основных диагностических рубрик, включает весь предыдущий клинический опыт, расширяет возможность соотнесения определённых клинических случаев с описанными диагностическими указаниями, имеет хорошую образовательную основу для дальнейшего углублённого изучения отдельных психических расстройств, обеспечивает возможность применения терапевтических технологий в соответствии с современным развитием психиатрии и позволяет в общем плане оценивать вероятный прогноз исхода тех или иных психических нарушений.

Внедрение МКБ-10 означает переход на единый с западными странами диагностический язык, без чего невозможна интеграция с мировым психиатрическим сообществом. Поэтому изменения и дополнения можно вносить в национальные классификации. А смысл международной классификации состоит, как известно, в унифицированном характере её применения с целью получения сопоставимых (клинически воспроизводимых) данных. Если каждое государство внесёт свою лепту изменений в МКБ-10, её целевое использование станет невозможным. С нашей точки зрения адаптация МКБ-10 должна заключаться не в изменениях и дополнениях, а в переориентации клинического мышления психиатров на новые международные стандарты диагностики, соответствующие современному уровню психиатрической науки и практики.

С другой стороны, адаптация такого сложного международного классификатора — процесс бесконечный, ибо совершенной, устраивающей всех классификации (тем более в такой слож-

ной сфере как психическая патология), быть не может.

В заключительном отчёте об исследовании системы информирования и планирования лечения для Украины [3] подчёркивается, что переход украинских психиатров к использованию новой классификации психических расстройств может быть осуществлён в ближайшее время, что значительно ускорит интеграцию украинской психиатрии в международную психиатрическую науку и практику. Однако, реально оценивая сложившиеся условия, а также опыт других стран, нельзя исключить и иной вариант развития событий.

«Болезненный» характер введения МКБ-10 в Украине может быть обусловлен многочисленными объективными факторами:

1. Значительное расширение диапазона диагностических рубрик, в т.ч. за счёт категорий, имеющих важное значение для общего здравоохранения (всего по трёхмерному коду МКБ-10 содержит 307 диагностических рубрик). Многие диагностические рубрики МКБ-10 не имеют аналогов в МКБ-9, в части случаев одному коду МКБ-9 соответствует несколько кодов МКБ-10.

2. Многоосевая диагностическая процедура МКБ-10, включающая клинический диагноз (ось I), нетрудоспособность, разбитую на ранги, оценивающие жизнедеятельность (ось II), и контекстуальные факторы - факторы окружающей среды и образа жизни, влияющие на патогенез и течение заболевания пациента (ось III).

3. Отсутствует традиционное для отечественной психиатрии разделение психиатрических заболеваний на психозы и неврозы.

4. Сужение границ шизофрении за счёт шизотипических, шизоаффективных и хронических бредовых расстройств.

5. Необходимость переориентации клинического мышления психиатра с позиций «нозоцентризма» и традиционно-каузальных диагностических схем на синдромальную диагностику.

6. Непривычный для отечественных психиатров операционально-алгоритмический принцип диагностического поиска.

7. Значительное расширение дифференциально-диагностических возможностей в процессе клинического исследования.

8. Своеобразный характер терминологической лексики не всегда созвучны с социокультуральными особенностями и традиционными клиническими обозначениями.

9. Неясность принципов конверсии оценки нетрудоспособности применительно к диагнос-

тическим рубрикам МКБ-10.

Цель МКБ-10 — получить достоверные и сопоставимые клинические данные для статистической оценки психического здоровья населения всего мира. Достижение этой цели может обеспечить только полная воспроизводимость диагностики. Другими словами, речь идёт о постановке одного и того же диагноза в идентичных клинических ситуациях различными специалистами. Для этого, естественно, необходима согласованность профессионально-диагностических подходов и, главным образом, методологии психиатрического диагноза. Выполнение таких требований невозможно без использования унифицированных диагностических подходов, исключающих, насколько это возможно, многозначности при распознавании психических заболеваний, и без соответствующей стандартизации клинического исследования.

Должны, в частности, измениться приоритеты в оценке диагностической значимости клинических, параклинических и анамнестических данных. Наиболее важные составляющие психиатрического диагноза по МКБ-10 (3-й и 4-й знаки) являются результатом преимущественно клинико-динамического исследования - основы синдромной диагностики. Информацию, полученную в процессе анамнестического и параклинического исследований, непосредственно не отражающую (за исключением результатов патопсихологического исследования) актуального психического состояния пациента, следует рассматривать как дополнительную и использовать в основном для отнесения расстройства к тому или иному диагностическому модулю (2-й знак). Соотношение источников диагностической информации и осей диагностической рубрики представлено на схеме 2.

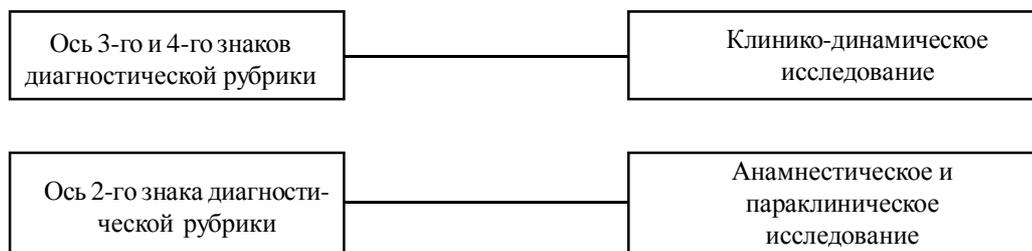
К сожалению, традиционный для украинской психиатрии нозологический подход к диагностике, длительное время определявший тактику и стратегию клинического исследования, сформировал диагностические стереотипы, ограничивающие возможности достоверного распознавания психических заболеваний. Как известно, нозологическая форма - это определённая болезнь, выделенная на основе установленных этиологии, патогенеза и (или) характерной клинико-морфологической картины. Однако ввиду отсутствия достоверных сведений об этиологии и патогенезе психических заболеваний подход к их классификации носит гипотетический, искусственный и довольно условный характер. Нозологическая

диагностика в повседневной психиатрической практике это нередко хаотическое нагромождение анамнестических, клинических и параклинических данных, затрудняющих выделение базисных клинических признаков, обеспечивающих достоверную диагностику. Традиционной особенностью клинического мышления является «опора на анамнез, жалобы пациента и степень «упорядоченности» его поведения». Достоверность диагностического заключения снижается вследствие стихийности и односторонности клинического мышления, диагностики с точки зрения т.н. «здравого смысла»,

интуитивного вчувствования или использования «метода внесимптоматической диагностики» [9]. Как это не парадоксально, наиболее слабым и уязвимым звеном диагностического процесса является накопление, анализ и интерпретация результатов клинко-психопатологического исследования. Именно поэтому реальная психиатрическая практика характеризуется значительным сужением диапазона распознаваемых заболеваний и позволяет прогнозировать существенные затруднения при переходе на более вариабельную диагностическую систему и, тем более, к многоосевой диагностике.

Схема 2.

Источники диагностической информации



Наиболее принципиальные различия диагностических схем МКБ-9 и МКБ-10 могут быть сформулированы следующим образом.

Традиционный подход к диагностике.

1. Нозоцентрические диагностические ориентации с узким диапазоном диагностических решений в обычной клинической практике.
2. Неструктурированный характер клинического исследования и интерпретации выявленных симптомов.
3. Широкое использование анамнестических данных и результатов клинко-биологических исследований в диагностическом процессе.
4. Моноосевая диагностика, не использующая категории личностной и социальной уязвимости пациента.
5. Дискретность мыслительных операций в диагностическом процессе, определяющаяся не жёстким алгоритмом, а традициями отечественной школы, опытом клинициста, прагматическими целевыми установками, интуицией.
6. Неатрибутивный (произвольный) стиль дифференциально-диагностической процедуры без жёсткой опоры на определяющие клинические признаки.

Диагностическая технология (единые диагностические правила) МКБ-10.

1. Преимущественно синдромальные, клинически вариабельные диагностические ориентации, специфичные для каждой диагностической рубрики.
2. Структурированный характер клинических исследований и интерпретации выявленных симптомов.
3. Приоритетное использование клинко-психопатологического метода диагностики, лежащего в основе профессионализма специалиста.
4. Многоосевая диагностика (системное «видение» пациента) с использованием не только клинических диагнозов, но и параметров общей жизнедеятельности, и контекстуальных факторов окружающей среды и образа жизни, влияющих на патогенез и течение заболевания.
5. Чёткий алгоритм построения диагноза с опорой на операциональный характер диагностического поиска, не допускающий «вклинения» несущественных признаков.
6. Атрибутивный стиль дифференциально-диагностической процедуры, опирающийся на

логику стандартизированных клинических оценок.

Таким образом, смысл международной диагностической классификации состоит не в новых принципах кодирования заболевания, не в механической «подгонке диагноза под нужную рубрику», а в новых подходах к распознаванию психического расстройства, в особой логике клинического мышления и диагностического поиска. Применительно к МКБ-10 эта логика должна определяться операциональным характером диагностической процедуры, дискретностью клинического мышления, синдромально-стандартизованным уровнем диагностических решений, а в случаях многоосевой диагностики - системным «видением» пациента. Важнейшее значение приобретают также особенности профессиональной терминологии и лексики, и высокая диагностическая воспроизводимость, достигаемая клиническими методами, унифицированными механизмами клинического поиска, а не ограничивающаяся общей системой кодирования.

Профессионально-операциональное клиническое мышление психиатра, использующего новую диагностическую стратегию, позволяет достичь высокой степени согласованности при постановке диагноза и гарантирует применение одних и тех же правил по отношению к каждому случаю. Следует также отметить, что синдромный принцип диагностики психических расстройств имеет и ряд других преимуществ, в частности:

- идентификация психических расстройств осуществляется исключительно в процессе клинического исследования;

- в процессе дифференциальной диагностики учитывается не нозологическая специфика синдрома, а его клиническая структура;

- повышается надёжность и достоверность определения каждой категории в диагностической системе, благодаря выделению дискриминирующих (определяющих) симптомов, имеющих большое значение при установлении диагноза;

- обеспечивается предельная экономность диагностического мышления за счёт сокращения нозографических интерпретаций.

К сожалению, на рубеже двух международных классификаций психических и поведенческих расстройств 9-го и 10-го пересмотров почти неизбежно происходит «столкновение» двух систем диагностического поиска, «ломка» стереотипов профессионального мышления. Это находит выражение в появлении и использовании суррогатных диагностических схем. Ещё не осво-

бодившись от нозоцентрической направленности клинического мышления, врач-психиатр вынужден оперировать диагностическими конструкциями, которые не являются непосредственным следствием соответствующего диагностического процесса. Установленный таким образом диагноз является отражением формально-механического выбора, а не результатом мыслительного процесса, и носит неконгруентный характер.

Другими словами, содержание такого мышления, его операциональная стратегия априори не определяются стремлением к фактической идентификации психических расстройств в контексте диагностических рубрик МКБ-10. Такой тип диагностического поиска скорее отражает «подгонку диагноза под статистическую рубрику», а не международные принципы диагностики. Продолжительность использования такого упрощённого противоестественного подхода определяет длительность периода неэкономного, разнопланового и неконструктивного распознавания психических расстройств.

Введение МКБ-10 предусматривает также разработку адекватных критериев врачебно-трудовой и судебно-психиатрической экспертизы, переориентацию преддипломной и постдипломной подготовки специалистов, переработку отчетно-статистической документации.

Жизнеспособность МКБ-10, являющейся примером высочайшей интеграции усилий психиатров всего мира и отражающей квинтэссенцию современной психиатрической мысли, определяется правильным использованием её материалов. Что же делается в Украине для внедрения МКБ-10 в различных психиатрических учреждениях? К сожалению, немного. После того как Ассоциация психиатров Украины обеспечила все регионы соответствующими справочно-информационными материалами, других результативных централизованных инициатив не последовало. Но даже имея доступ к этим материалам, не каждый психиатр в состоянии самостоятельно разобраться в многочисленных нововведениях и адекватно организовать лечебно-диагностическую деятельность (использование метода «проб и ошибок» может дорого обойтись участникам этого процесса).

В целом же, позиция психиатрического сообщества остаётся в большей степени пассивно-созерцательной, поскольку только начинающийся процесс реформы в психиатрии ещё не затронул коренных интересов практикующих психиатров и не создал соответствующих экономичес-

ких и социально-психологических мотиваций для стремления к непрерывному обучению и росту профессиональных знаний [3].

К принципиальным недостаткам в организации введения МКБ-10 в нашей стране можно также отнести следующее:

1. Не выходя за рамки декларативных выступлений о необходимости введения МКБ-10, ведущие психиатры Украины не придают ей парадигмального значения и не рассматривают в контексте реформ в психиатрии.

2. Наиболее распространённой формой изучения и подготовки к введению МКБ-10 является ознакомление психиатров с новой системой диагностики на совещаниях различного уровня. Такие попытки, затрагивая лишь начальный уровень познавательной деятельности, не способствуют обучению навыкам использования этой системы.

3. Переход практического здравоохранения на МКБ-10 (если не сводить его к проблеме кодирования) - задача в равной мере ответственная и сложная. К сожалению, ни профессионально-диагностические ориентации, ни мотивации многих психиатров, ни инновационные аспекты новой классификации, ни алгоритмический характер её структуры не позволяют без специальной подготовки всерьёз прогнозировать быстрое и качественное освоение международных диагностических стандартов.

4. Отсутствие централизованного научного и организационно-методического управления в т.н. «переходной» период может превратить процесс внедрения МКБ-10 в череду бесконечных упрощений и ошибок. А если учесть опыт других стран (созданный в США «Диагностико-статистический справочник умственных расстройств» — ДСМ-IV начал функционировать в 1980 году

и только к 1994 году были выработаны единые критерии диагностики, с которыми согласились практики и исследователи), то периодом диагностической «неразберихи» украинские психиатры могут начать отсчёт времени в 3-ем тысячелетии.

К сожалению, приказ Минздрава Украины о введении МКБ-10 в клиническую практику застал врасплох специалистов служб психического здоровья. Не располагая (в нужном количестве) ни самой классификацией, с учётом различных её версий, ни методическими материалами по их использованию (в адекватном смысле), практикующий психиатр оказался в сложном положении в решении диагностических вопросов. Трудно рассчитывать, что каждый врач сможет самостоятельно освоить не только многоосевую диагностическую процедуру, но даже первичную версию МКБ-10.

Понимая это, ВОЗ и ВПА разработали материалы для обучения пользованию классификацией психических и поведенческих расстройств и соответствующими методами диагностики. Однако из-за ограниченности доступа к международным обучающим программам и принципиальных различий в методических подходах к их реализации представляется целесообразной разработка национальной системы обучения пользованию МКБ-10. Главным в этой системе должны быть профессионально-деятельностный подход или ориентация на конечные цели обучения - формирование умений идентификации психических расстройств в соответствии с диагностическими категориями и многоосевым представлением МКБ-10. Достижение этой цели возможно только при проблемном характере обучения и активной самостоятельной работе обучающихся.

В.А. Абрамов

МКХ-10 — МЕТОДОЛОГІЧНА ТА КЛІНІЧНА ОСНОВА РЕФОРМ У ПСИХІАТРІ

Донецький державний університет ім. М. Горького

У статті розглядаються концептуальні та клінічні аспекти впровадження МКХ-10 у психіатричну практику. Аналізуються принципові відмінності від МКХ-9, необхідність адаптації клінічного мислення психіатрів з метою вірного використання міжнародної класифікації. Змальовані об'єктивні труднощі та недоліки впровадження МКХ-10 в Україні. Обґрунтована доречність розробки національної системи навчання з орієнтацією на формування вміння ідентифікувати психічні розлади у відповідності до діагностичних категорій та багатоосевого уявлення МКХ-10. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 1999. — № 1 (5). — С. 3-12).

ISD-10 AS A METHODOLOGICAL AND CLINICAL BASE OF THE REFORMS IN THE MENTAL MEDICINE

Donetsk State Medical University.

The article considers conceptual and clinical aspects of ISD-10's introduction into the practice of mental medicine. The principle differences from ISD-9 and the necessity psychiatrists' clinical mentality's adaptation for correct using of international classification were analysed. Objective difficulties and defects of ISD-10's introduction in Ukraine were described. The expedience of working out the national educational system, oriented on the forming mental disorders' identification according to diagnostic classes and multiaxial principle were substantiated. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 1999. — № 1 (5). — P. 3-12).

Литература

1. Глузман С.Ф., Полтавец В.И., Кузнецов В.Н., Коротенко А.И., Насинник О.А., Чернявский В.М., Полубинская С.Б. Модель системы информирования и планирования лечения для Украины: заключительный отчет. // Вісник асоціації психіатрів України. - 1998. - №3. - С. 10-25.
2. Голланд В.Б., Мирошническо Л.Д., Бородин В.И. Внедрение МКБ-10 в психиатрическую и наркологическую практику и проблемы её адаптации. // Социальная и клиническая психиатрия. - 1997. - №2. - С. 153-156.
3. Корнетов Н.А. МКБ-10 без адаптации - краеугольный камень реформы отечественной психиатрии. // Вісник асоціації психіатрів України. - 1998. - №3. - С. 39-54.
4. Кронфельд А.С. Проблемы синдромологии и нозологии в современной психиатрии. Харьков. «Основа», 1996. - 182 С.
5. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Россия. - Санкт. Петербург. - «АДИС». -1994. - 300 С.
6. Морозов П.В. Клинико-биологические международные исследования проблемы классификации психических заболеваний. - Автореф. дисс... доктора мед. наук. - М. - 1991.
7. Полтавец В.И. Может ли украинская психиатрия принять новую международную классификацию? // Вісник асоціації психіатрів України. - 1994. - №1. - С. 15-24.
8. Смулевич А.Б., Тиганов А.С., Дубницкая и соавт. Ипохондрия и соматоформные расстройства. - М. - 1992.
9. Фрумкин Я.П. Краткая дифференциальная диагностика некоторых психических заболеваний. - К. - 1962.
10. Циркин С.Ю. Вопросы психиатрической систематики в свете международной классификации болезней 10-го пересмотра. // Социальная и клиническая психиатрия. - 1993. - №4. - С. 109-118.
11. Циркин С.Ю. К вопросу об адаптации МКБ-10. // Социальная и клиническая психиатрия. - 1997. - №2. - С. 157-158.

Поступила в редакцию 21.01.99г.