

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ

УДК 616.89-07:001.4

Абрамов В.А.

**НАДЕЖНОСТЬ И ВАЛИДНОСТЬ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА:
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОРИЕНТИРЫ МКБ-10***Государственная образовательная организация высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР*

Надежность (воспроизводимость и устойчивость) диагностических категорий и используемых при этом диагностических процедур, то есть их способность давать воспроизводимые результаты значительно возросли после публикации DSM-III. Однако и эта классификация не позволила устранить повышенной вероятности значительного разброса диагностических заключений разных специалистов у одного и того же пациента. Сегодня, по прошествии 30 лет с того времени, как проблема надежности оказалась в центре внимания DSM, по-прежнему нет ни одной работы, показывающей, что DSM (любая версия) регулярно с высокой степенью надежности используется рядовыми психиатрами. Нет также никаких убедительных доказательств того, что любая из версий пособия стала намного надежнее предыдущей. Революционная надежность DSM стала революцией в риторике, а не в практике [1].

Насколько оправданным при использовании современных диагностических технологий является утверждение о том, диагностические определения в психиатрии, так же как и в других медицинских областях являются основой для дальнейших терапевтических действий? Действительно ли диагностическая категория является полным содержательным отражением имеющейся в данный момент дисфункции индивида, и имеются существенные различия в лечебной тактике при более чем 300-х диагностических категориях МКБ-10?

Сомнительная надежность классификационных и диагностических подходов, произвольный характер конструирования диагностических категорий, без опоры на общемедицинские атрибуты болезни, не дает им шанса на валидность – способность делать правдивые диагностические заключения. Диагностическое исследование привязывается

к конкретным типовым диагностическим критериям, а не к конкретно-индивидуальным психопатологическим переживаниям. Отсутствует уверенность, что эти критерии отражают содержание подлинной психопатологической реальности, индивидуальный психический опыт пациента. Поэтому, какой бы диагностический подход не использовался при исследовании больного, отсутствует уверенность в том, что сомнительные диагностические критерии (не подтвержденные объективными данными) фиксируют подлинное психическое состояние пациента.

Полемизируя с представлениями Коцюбинского А.П. и Исаенко Ю.В. [2] о надежности категориальности и достоверности dimensionального подхода к диагностике психических расстройств, следует отметить, что эти подходы могут быть признаны надежными, если они опираются на использование валидной диагностической системы.

Валидность метода исследования – это мера того, что мы измеряем, мера того, насколько мы измеряем то, что запланировано измерить, это соответствие исследуемому явлению. А что мы измеряем при постановке психиатрического диагноза? Если речь идет о медицинском диагнозе, то оцениваются признаки, отражающие патологию организма, а если имеется в виду собственно психопатологический диагноз, тогда это содержание психопатологических переживаний больного. Так являются ли вышеуказанные диагностические подходы соответствующими предмету исследования – субъективной психической реальности?

К сожалению, психиатрическая наука не располагает «золотым стандартом» для подтверждения надежности и валидности тех или иных диагностических подходов. Каждый из них имеет определенные преимущества

и недостатки, но, ни один из них не может выявить и идентифицировать непосредственное (аутентичное) психическое состояние пациента и представить его как целостную диагностическую конструкцию.

Постановка диагноза – это процесс распознавания болезни и отнесение ее к соответствующей категории на основании имеющихся симптомов и признаков. Существует много методов сбора диагностической информации, включая диагностическое интервью, социальную историю (историю развития), анкеты и оценочные шкалы, физический осмотр, наблюдение за поведением, проективные методики, тесты способностей.

Разные психиатры при проведении традиционного опроса не только извлекают неодинаковый объем информации, но и по-разному интерпретируют, могут расценить некое явление как важный симптом или признак, либо – как несущественный.

Расхождения при выявлении симптомов можно сократить, обучив психиатров применять стандартизованные схемы опроса. Смысл подобных опросников в том, что они, во-первых, уточняют наборы симптомов, которые надлежит выявлять во время опроса, а, во-вторых, содержат определения этих симптомов и инструкции по оценке степени их тяжести.

Надежность диагностики непосредственно зависит от надежности классификационных систем, от подлинного соответствия диагностических категорий расстройств, встречающихся в реальной клинической практике. Классификация будет считаться надежной, если ее категории согласуются с клиническим опытом (внешняя валидность), если она позволяет предсказать исход заболевания (прогностическая валидность), а также при наличии связи между психическим расстройством (дисфункцией личности) и независимыми переменными такими, например, как составляющие личностного потенциала (конструктивная валидность). Однако пока что не удалось достичь сколько-нибудь значительного прогресса в установлении валидности существующих схем классификации.

Есть еще два качества, от которых зависит ценность любой системы классификации: зона ее действия и легкость применения. Зона действия системы определяется тем, насколько полно ее категории охватывают все расстройства, встречающиеся в клинической практике.

Проблема недостаточной надежности диагностики и диагностических расхождений в психиатрии, по-прежнему, продолжает оставаться актуальной. Хотя складывается впечатление, что психиатры перестали обращать внимание на очередные нюансы. В частности, на парадокс: психиатрия относится к естественнонаучным дисциплинам, связанным с деятельностью головного мозга, а психиатрические диагнозы, в большинстве своем, основываются не на биологических, а на феноменологических критериях.

И здесь возникает много вопросов, в частности: «Возможно ли думать о правильной диагностике в случае если диагностируется заболевание, не имеющее оснований для своего существования, если факт наличия этого существует на основе договоренностей специалистов, если классификация психических расстройств строится на основе атеоретических принципов?». На этот вопрос с позиции надежности познавательной методологии логично ответить в процессе анализа используемых в психиатрии классификационных диагностических систем.

В клинической сфере существует множество систем классификации как для психических расстройств в целом, так и для частных групп расстройств. В последнее время многие системы классификации утратили свое значение благодаря доминированию двух систем классификации психических расстройств: ICD (International Classification of Diseases) и DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

Цель любой классификации заключается в том, чтобы, по мнению У. Бауманн, Р-Д. Штиглиц [3], упорядочить многообразие отдельных явлений и подчинить их категории более высокого уровня. Ни в одной научной и практической отрасли нельзя обойтись без классификации. Это является основным принципом науки и практики, потому что только таким путем можно выделить закономерности.

Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) была принята в 1989 году. В 1992 году, после более чем 10 лет разработки, Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) была опубликована «Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и методические указания по диагностике». Перевод на русский язык МКБ-10 был осуществлен в 1994 году.

Сравнение МКБ-10 с предшественниками (МКБ-8, МКБ-9), благодаря огромному количеству принципиальных нововведений, позволяет рассматривать ее не как очередной пересмотр и даже не как новую классификацию психических расстройств с присвоением ей определенных статистических кодов, а как концептуальную платформу дальнейшего развития мировой психиатрии; при этом не исключается возможность использования (особенно в научных целях) национальных этиологических, патогенетических и других классификаций.

МКБ-10 затрагивает весь спектр проблем, решаемых специалистами в области психического здоровья, однако главное ее международное значение состоит в достижении целей универсальной применимости, высокой диагностической воспроизводимости и сопоставления результатов клинического исследования. Поэтому адекватное использование МКБ-10 в различных сферах психиатрической деятельности со всей очевидностью предполагает существенную коррекцию традиционной системы до- и последипломной подготовки специалистов, как в области содержания обучения, так и с точки зрения его методического обеспечения.

МКБ-10 не только открыла пути для интеграции отечественной психиатрии с психиатрическими школами других стран [4,5,6]. Она привнесла такие позитивные стороны в нашу клиническую теорию и практику, как единообразие и четкость диагноза, его многомерность и структурированность, а также открыла возможности для большей дифференциации психопатологических состояний. МКБ-10 позволила представить всю совокупность психопатологических состояний в форме единой системы категорий. Она существенно расширила и усложнила картину нозографических понятий, особенно в области пограничных психических расстройств. Все это оказалось возможным за счет повышения надежности и воспроизводимости диагностических заключений, уменьшения в них доли субъективизма, теоретических пристрастий и социально-идеологического давления. Данное обстоятельство, в свою очередь, впервые в истории отечественной психиатрии поставило вопрос о выработке единых стандартов лечения, реабилитации и профилактики, базирующихся на диагнозе. Переход на МКБ-10, по мнению Н.А. Корне-

това [7], означает «переход на единый с западноевропейскими странами диагностический язык во имя последовательного продвижения интеллектуальной и профессиональной части реформы психиатрии, интеграции с мировым психиатрическим сообществом».

Вместе с этим во введении к МКБ-10 указывается, что «настоящие описания и указания не несут в себе теоретического смысла, и они не претендуют на всеобъемлющее определение современного состояния знаний о психических расстройствах. Они представляют собой просто группы симптомов и комментариев, относительно которых большое число советников и консультантов во многих странах мира договорились как о приемлемой основе определения границ категорий и классификации психических расстройств.

Наиболее четкая точка зрения об этом высказана П.В. Морозовым: на современном этапе развития психиатрии достижения между различными национальными психиатрическими школами реализуются путем провозглашения атеоретического, прагматического подхода к проблемам систематики, временного отказа от учета этиопатогенетических факторов и уводящего от нозологических принципов классификации [8]. Примерно такую же позицию занимают А.Б. Смулевич с соавт., [9] которые полагают, что классификация заболеваний последнего времени, и в том числе МКБ-10, отражают сложные преобразовательные процессы в клинической психиатрии, вступившей в «постнозологический период своего развития».

Хотя даже в самой МКБ-10 постулируется, что она «предназначена прежде всего для статистических целей (большое значение при работе над ней придавалось достижению высокой воспроизводимости в диагностических оценках разными клиницистами), и не должна подменять собой концептуальных классификаций, сохраняющих свое значение для психиатрической науки и практики», по-видимому, именно необходимость использования заложенных в ней диагностических стандартов имеет заметные отрицательные последствия. Основное требование МКБ-10 по выявлению минимально достаточного числа симптомов формирует упрощенное представление о диагностике психических расстройств. Зачастую квалификация отдельных психопатологических феноменов на уровне симптомов расценивается как завершающий этап

анализа психического состояния, который непосредственно предваряет постановку диагноза психического расстройства. При этом исключается квалификация психического состояния на синдромальном уровне. Между тем, использование только критериальной модели диагностики приводит к целому ряду системных ошибок, возникающих вследствие недостаточного учета внутрисиндромальных отношений.

К числу наиболее принципиальных недостатков МКБ-10, по мнению В.И. Полтавца [11] относятся:

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

Таким образом, МКБ-10 в строгом смысле не претендует на статус научной и безупречной с таксономической точки зрения классификации. Это отражает уровень современного методологического состояния психиатрии и несовершенство представлений о специфичности методов познания субъективной психической реальности.

В расширенном обзоре и анализе основных докладов, представленных на 22 Конгрессе Европейской психиатрической ассоциации (2014), было отмечено, что заметный всплеск интереса к проблемам психиатрической диагностики обусловлен публикацией DSM-5 и широким обсуждением проекта научной классификации, базирующейся на достижениях нейронаук (RDoC). Обе классификации пытаются интегрировать альтернативные друг другу подходы к психиатрическому диагнозу (категориальный, дименсиональный, нейробиологический). Хотя DSM-5 не смогла

разрешить многие противоречия, стоящие перед психиатрией на современном этапе, отказ от клинических принципов в пользу нейробиологических маркеров и моделей поведения видится малооправданным. Проект RDoC, по-видимому, может в будущем стать полезным дополнением к DSM-5, если нейробиологические параметры смогут не столько заменить, сколько помочь выделить подтипы существующих диагностических категорий DSM, важных с точки зрения терапии и прогноза [12].

Классификация DSM-5 появилась в мае 2013 г. Обзор этого руководства показывает, что в него было внесено немало важных изменений, которые удовлетворили многих клиницистов. В первую очередь, изменилось само определение психического расстройства, которое обозначено как «синдром, характеризующийся клинически значимым нарушением регуляции когнитивного функционирования и эмоций человека или поведения, который отражает дисфункцию психологических, биологических и онтогенетических процессов, лежащих в основе психического функционирования. Психические расстройства обычно связаны со значительным дистрессом или ограничением в социальной, профессиональной или других важных родах деятельности. Ожидаемые или культурально приемлемые реакции на обычные стрессовые события или утраты, такие как смерть любимого человека, не является психическим расстройством (7).

В качестве инновационных аспектов DSM-5 можно выделить следующие:

- отказ от мультиаксиальной диагностики, на которой строилась предыдущая систематика, в пользу линейной структуры, которая должна показать лучше степень связи между группами расстройств;
- группирование расстройств преимущественно на основе достижений нейронаук, чем на психопатологических критериях;
- введение дименсиональных (квази-дименсиональных) аспектов диагноза, которые, как предполагается должны улучшить понимание степени когнитивного и/или нейробиологического дефицита.

Одним из таких важных нововведений DSM-5 является квази-дименсиональная оценка некоторых психических расстройств, которая, однако, при ее внедрении в психиатрическую практику может встретить вначале непонимание и непонимание со стороны

практических врачей [13]. Тем не менее, опрос психиатров разных стран мира показал, что около 40% специалистов считают, что дименсиональную оценку психических расстройств следует включить в классификации [14].

Следует признать, что публикация DSM-5 не разрешила многих противоречий, стоящих перед психиатрической диагностикой. Однако декларируемый сторонниками проекта RDoC отказ от подходов, базирующихся на достижениях клинической психиатрии, мало оправдан с точки зрения современного уровня наших знаний, а также может существенно ухудшить образ нашей профессии в глазах общества [15]. В настоящее время RDoC все еще является экспериментальной системой, и чтобы не стать в итоге «дорогой в никуда», а претендовать на роль посредника между клинической психиатрией, с одной стороны, и нейронауками, с другой – ученым разных стран мира следует предпринять еще немало усилий.

Ревизия ряда расстройств состояла в том, что критерии многих диагностических категорий объединяли в одну, если отсутствовали убедительные данные в пользу их дальнейшего разделения. В частности, если в DSM-4 в рамках аутистических состояний было выделено несколько расстройств, то в DSM-5 они отнесены к одной категории, а расстройство с соматическими симптомами (somatic symptom disorder) объединило соматизированное расстройство, ипохондрию, болевое расстройство и недифференцированное соматоформное расстройство. С другой стороны, в некоторых случаях расстройство, которое в DSM-4 являлось отдельной категорией, в DSM-5 было разделено на независимые рубрики.

По мнению председателя рабочей группы DSM-5 D. Kupfer, новая классификация является «живым (living) документом», и в ближайшие годы вполне возможно внести изменения в отдельные ее части, хотя для этого необходимо одно условие: должны быть получены убедительные научные данные в пользу того, что конкретные биологические показатели можно считать объективными критериями расстройств.

За время, прошедшее с момента публикации DSM-5, в специальной литературе и в СМИ было высказано немало критических замечаний в адрес новой систематики. В первую очередь, DSM-5 обвиняли в том, что

она «патологизирует» состояния, которые не выходят за рамки нормальности. В частности, некоторые состояния, включенные в DSM-5, нельзя в полной мере квалифицировать как психические расстройства, в первую очередь, за счет того, что количественные пороги для их выделения слишком низкие [15]. Это, например, относится к «расстройству дисрегуляции настроения и социального поведения»: до сих пор не получено данных о его распространенности в обществе, в полевых исследованиях использовались «сомнительные» критерии, а доказательства преимущественно базируются на изучении одной большой группы больных. Тем не менее, все эти ограничения не помешали экспертам включить эту категорию в классификацию, также как и патологическое накопительство, которое также изучалось на небольшой выборке. Все это требует использовать более четкие критерии включения и исключения при введении нового диагноза в классификацию [25]. Также было высказано мнение, что при работе над DSM-5 не была просчитана экономическая стоимость расширения сферы психиатрии и была проигнорирована позиция многих профессиональных и общественных сообществ о том, что ряд изменений DSM лишены достаточных научных доказательств, а, в ряде случаев, и клинического смысла. Кроме того, в ней отсутствует адекватное рассмотрение соотношения риск/польза многих диагностических рубрик [18]. При применении DSM-5 в клинической практике могут возникнуть следующие проблемы: удаление критерия «исключения реакции горя» позволит утрату близкого родственника квалифицировать как депрессивное состояние; беспокойство по поводу заболевания – как расстройство с соматическими симптомами; приступы гнева – как «расстройство дисрегуляции настроения и социального поведения»; некоторое снижение памяти в пожилом возрасте – как легкое нейрокогнитивное расстройство; обжорство – как компульсивное переедание. Кроме того, ликвидации различий между злоупотреблением психоактивными веществами и зависимостью от них, а также ликвидация количественного порога для диагностики СДВГ у взрослых и ПТСР может «открыть ящик Пандоры» [18]. Следует заметить, что вопросы порога расстройств отсутствовали в дизайне полевых исследований, поэтому некоторые количественные пороги расстройств

не валидизированы в результате научных исследований и, кроме того, лишены надежных прагматических оснований. Альтернативные научные исследования, направленные на поиск количественных порогов для диагностики отдельных психических расстройств, в первую очередь должны принимать во внимание клиническую пользу [19]. Также высказывалось опасение, что в практической работе многие из 400 диагнозов, содержащихся в DSM-5, использоваться не будут, и было бы правильно оставить в номенклатуре двадцать объемных синдромов, внутри которых было бы значительно проще проводить индивидуальную диагностику [13].

Многие критики DSM-5 замечают, что в 21 веке нельзя диагностировать медицинские заболевания лишь на основе клинических критериев, не привлекая биологические тесты [20]. В то же время, психиатрия - не единственная медицинская специальность, где диагностика строится преимущественно на клинических критериях. Более того, большинство лабораторных тестов являются лишь возможными, но отнюдь не патогномичными маркерами болезней. Их результаты всегда следует интерпретировать на основе клинической оценки [21]. Недавно было показано, что в медицине в целом при постановке диагноза клиницисты на 75% и более процентов ориентируются на историю болезни пациента, в то время как роль физического обследования и лабораторных показателей в этом процессе не превышает 15% и 10% соответственно [22]. Более того, доступность биологических тестов не внесла окончательную ясность в диагностику некоторых соматических заболеваний, которые, подобно психическим расстройствам, располагаются внутри континуума «норма-патология» (гипертоническая болезнь и диабет), в частности, до сих пор неясно какой должен быть «порог» для постановки диагноза. В связи с этим, не столь важно, какие показатели (клинические или лабораторные) легли в основу определения порога расстройства, главное, чтобы он обладал прогностической ценностью [23]. Недоступность биологических тестов не должна мешать исследователям пытаться установить диагностические пороги расстройств на основе клинической целесообразности.

Всего до публикации DSM-5 вышло 6 версий Руководства: DSM-I (1952), DSM-II (1968). Седьмое издание DSM-II (1974), DSM-

III (1980), DSM-IV (1994), DSM-IV-TR (2000). Каждая из этих версий претендовала на существенное улучшение диагностики психических расстройств. Однако ни одной из них не было суждено осуществить качественный рывок в решении этой проблемы.

Пока еще трудно с уверенностью сказать, сделало ли DSM-5, благодаря внесенным изменениям, шаг вперед или два назад. Но уже сейчас следует отметить, что несмотря на то, что основным предназначением новой версии DSM-5 было преодоление проблем, присутствовавших в предыдущих изданиях, разработчики остались в плену прежних убеждений и традиций психиатрического сообщества, не приняв во внимание мнения, предложения и обеспокоенность всего профессионального сообщества в сфере психического здоровья.

Классификация DSM-5 была подготовлена без достаточного учета соотношения клинический риск/польза и не оценила большую экономическую стоимость расширения границ психиатрии. Она была невосприимчива к широко представленной профессиональной, и общественной оппозиции, заявляющей, что нововведениям классификации не хватает должной научной обоснованности, и они зачастую игнорируют клинический здравый смысл. А также была проигнорирована петиция о независимом научном анализе с использованием методов доказательной медицины, поддержанная 50 ассоциациями сферы психического здоровья.

Несмотря на то, что основные подходы к психиатрическому диагнозу (категориальный, дименсиональный, прототипический, контекстуальный, нейробиологический) по-разному понимают сущность психических расстройств, имеют разные патофизиологические, клинические и даже философские предпосылки, в дальнейшей работе над классификацией расстройств исследователям, по-видимому, следует акцентировать внимание на достоинствах каждого метода, а также искать точки соприкосновения между ними. Любая ревизия психиатрической номенклатуры должна быть лучше предыдущих классификаций и должна привносить что-то важное как для психиатров, так и для пациентов [16].

Таким образом, существенные недостатки различных версий официальных классификаций психических расстройств (DSM и МКБ), отражающие текущее состояние и несовершенство наших знаний в этой обла-

сти, не позволяют считать их надежными и валидными. Каждый новый пересмотр классификаций ограничивается изменениями, которые не способствуют повышению качества клинической применимости этих классификационных систем. Spitzer M. [24], - один из немногих современных эпистемологов, писал, что «все более очевидным кажется нам, что что-то не так в нынешнем состоянии психиатрии, и это «не так» не есть пустяковой или мелочной деталью, которую можно устранить, прибегая к изменениям то в одном, то другом месте».

Справедливо задать вопросы: А для чего используется значительный ресурс мирового психиатрического сообщества, если заведомо известно очевидное несовершенство применяемых подходов к познанию психической реальности? Возможно, необходимо радикальное изменение методологии психиатрической диагностики на основе иных концептуальных взглядов и иного понимания сущности психических расстройств?

А. Frances [18], анализируя прошлое, настоящее и будущее диагноза в психиатрии, подчеркивает, что не стоит ждать внезапной смены парадигмы, заменяющей описательную психиатрию базовым пониманием патогенеза различных психических

расстройств. Для этого потребуются постепенная и кропотливая работа в течение многих десятилетий. А пока мы должны полноценно использовать методы описательной психиатрии для постановки надежного и правильного диагноза, а также назначения эффективного, безопасного и необходимого лечения. Пора взглянуть на вещи по-новому. Подготовка МКБ-11 предоставляет возможность переоценить психиатрический диагноз и предостеречь против расширения его границ.

Но самое главное, для качественного улучшения классификационных и диагностических подходов в психиатрии требуется новый взгляд на психическое здоровье, основой которого может стать целый ряд традиций отечественной гуманитарной науки и медицины, базирующихся на гуманистических принципах, внимании к личности пациента, идее функционального диагноза, положениях культурно-исторической теории Л.С. Выготского, акцентировании на сильных сторонах личности в реабилитационном и восстановительном процессе в теории деятельности (Леонтьев А.Н.). Попытки создания такого подхода в рамках постнеклассической модели научной рациональности уже предпринимаются и требуют дальнейшей разработки [25].

Абрамов В.А.

НАДЕЖНОСТЬ И ВАЛИДНОСТЬ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА: ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОРИЕНТИРЫ МКБ-10

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

Существенные недостатки различных версий официальных классификаций психических расстройств (DSM и МКБ), отражающие текущее состояние и несовершенство наших знаний в этой области, не позволяют считать их надежными и валидными. Каждый новый пересмотр классификаций ограничивается изменениями, которые не способствуют повышению качества клинической применимости этих классификационных систем. Для качественного улучшения классификационных и диагностических подходов в психиатрии требуется новый взгляд на психическое здоровье, основой которого может стать целый ряд традиций отечественной гуманитарной науки и медицины, базирующихся на гуманистических принципах, внимании к личности пациента, идее функционального диагноза, положениях культурно-исторической теории Л.С. Выготского, акцентировании на сильных сторонах личности в реабилитационном и восстановительном процессе в теории деятельности А.Н. Леонтьева. Попытки создания такого подхода в рамках постнеклассической модели научной рациональности уже предпринимаются и требуют дальнейшей разработки

Ключевые слова: психиатрический диагноз, надежность, классификация

RELIABILITY AND VALIDITY OF PSYCHIATRIC DIAGNOSIS:
DIAGNOSTIC GUIDELINES ICD-10

State educational institution of higher professional education
«M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR

Significant shortcomings of various versions of the official classifications of mental disorders (DSM and ICD), reflecting the current state and imperfection of our knowledge in this area, do not allow us to consider them reliable and valid. Each new revision of the classifications is limited to changes that do not improve the quality of the clinical applicability of these classification systems. A qualitative improvement in classification and diagnostic approaches in psychiatry requires a new view of mental health, which can be based on a number of traditions of Russian humanitarian science and medicine based on humanistic principles, attention to the patient's personality, the idea of a functional diagnosis, the provisions of the cultural-historical theory of L. FROM. Vygotsky, emphasizing the strengths of the personality in the rehabilitation and recovery process in the theory of activity of A.N. Leontiev. Attempts to create such an approach within the framework of the post-nonclassical model of scientific rationality are already underway and require further development.

Keywords: psychiatric diagnosis, reliability, classification

Литература

1. Kutching A., Kirk S.A. Making us crazy: DSM: The psychiatric bible and the creation of mental disorders. New York: Free Press; 1997. 305.
2. Коцюбинский А.П., Исаенко Ю.В. Диагностика шизотипического расстройства: надежность категориального или достоверность дименсионального подходов? Неврологический вестник. 2021. LIII(I): 71-75.
3. Бауман У., Штиглиц Р.-Д. Классификация. Клиническая психология. СПб.: Питер; 2002: 122-143.
4. Абрамов В.А. МКБ-10: диагностика психических расстройств (теория и методические основы обучения): Монография. Донецк: УкрНТЭК; 2000. 110.
5. Абрамов В.А. Руководство по использованию классификации психических и поведенческих расстройств в клинической практике. Донецк: КИТИС; 2000. 346.
6. Петрюк П.Т., Шевелев В.Н., Емельянов В.П., Петрюк А.П. МКБ-9 и МКБ-10: сходство, различие и трудности понимания. Таврический журнал психиатрии. 2005; 9 (3): 84-87.
7. Корнетов Н.А. МКБ-10 без адаптации – краеугольный камень реформы отечественной психиатрии. Вісник Асоціації психіатрів України. 1998; 3: 39-54.
8. Морозов В.П. Клинико-биологическое международное исследование проблемы классификации психических заболеваний: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 1991. 45.
9. Смулевич А.Б. Ипохондрия и соматоформные расстройства. М.: Логос; 1992. 176.
10. Абрамов В.А. Психиатрия как субъект социальной политики государства. Донецк: КИТИС; 2000. 130.
11. Полтавец В.И. Может ли украинская психиатрия принять новую международную классификацию? Вісник Асоціації психіатрів України. 1994; 1: 15-24.
12. Павличенко А.В. Настоящее и будущее диагноза в психиатрической практике. Трудный пациент. 2015; 13 (5-6): 41-49.
13. Diagnostic and Statistic Manual Disorders, Fifth Edition (DSM-5). American Psychiatric Association. 2013. 991.
14. Van Os. De DSM voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ. Leusden: Diagnosis uitgevers; 2014. 224.
15. Reed G.M., Mendonca Correia J., Esparza P., Saxena S., Maj M. The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists Attitudes Towards Mental Disorders Classification. World Psychiatry. 2011; 10 (2): 118-131. doi: 10.1002/j.2051-5545.2011.tb00034.x. PMID: 21633689; PMCID: PMC3105474.
16. Maj M. Keeping an open attitude toward the RDoC project. World Psychiatry. 2014; 13: 1-2.
17. Weinberger D. RDoC redux. World Psychiatry. 2014; 13: 36-37.

18. Kupfer D.A., First M.B., Regier D.A. A research agenda for DSM-V. Washington: APA; 2002. 307.
19. Frances A. The past, present and future of psychiatric diagnosis. *World Psychiatry*. 2012; 2: 111-113.
20. Maj M. DSM, ICD, RDoC and psychiatry's shifting seas. *EPA Congress News*. 2014; 3: 4.
21. Kupfer D. Neuroscience – informed nosology in psychiatry: are we there yet? *Asein J. Psychiatry*. 2014; 7: 4-5.
22. Carroll B. Biomarkers in DSM-5: lost in translation. *Aust N Z J Psychiatry*. 2013; 47(7): 676-678.
23. Maj M. Mental disorders as «brain diseases» and Jaspers legacy. *World Psychiatry*. 2013; 12: 1-2.
24. Kroenke K. Diagnostic testing and the illusory reassurance of normal results: comment on «Reassurance after diagnostic testing with a low pretest probability of serious disease». *JAMA Intern Med*. 2013; 173(6): 416-417.
25. Spitzer R.L. Psychiatric diagnosis: are clinicians still necessary? *Comp Psychiatry*. 1983; 24: 399-411.
26. Mezzich J.E., Zinchenko Y.P., Krasnov V.N., Pervichko E.I., Kulygina M.A. Person-centered approaches in medicine: clinical tasks, psychological paradigms and postnonclassic perspective. *Psychology in Russia: State of the Art*. 2013; 6 (1): 95-109.

References

1. Kutching A., Kirk S.A. Making us crazy: DSM: The psychiatric bible and the creation of mental disorders. New York: Free Press; 1997. 305.
2. Kotsyubinskii A.P., Isaenko Yu.V. Diagnostika shizotipicheskogo rasstroistva: nadezhnost' kategorial'nogo ili dostovernost' dimensional'nogo podkhodov? [Diagnosis of schizotypal disorder: reliability of the categorical or validity of the dimensional approach?] *Nevrologicheskii vestnik*. 2021. LIII(I): 71-75 (in Russian).
3. Bauman U., Shtiglits R.-D. Klassifikatsiya. *Klinicheskaya psikhologiya [Clinical psychology]*. Saint Petersburg: Piter; 2002: 122-143 (in Russian).
4. Abramov V.A. MKB-10: diagnostika psikhicheskikh rasstroistv (teoriya i metodicheskie osnovy obucheniya): Monografiya [ICD-10: diagnosis of mental disorders (theory and methodological foundations of education): Monograph]. Donetsk: UkrNTEK; 2000. 110 (in Russian).
5. Abramov V.A. Rukovodstvo po ispol'zovaniyu klassifikatsii psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroistv v klinicheskoi praktike [Guidelines for the use of the classification of mental and behavioral disorders in clinical practice]. Donetsk: KITIS; 2000. 346 (in Russian).
6. Petryuk P.T., Shevelev V.N., Emel'yanov V.P., Petryuk A.P. MKB-9 i MKB-10: skhodstvo, razlichie i trudnosti ponimaniya [ICD-9 and ICD-10: similarities, differences and difficulties in understanding]. *Tavrisheskii zhurnal psikhatrii*. 2005; 9 (3): 84-87 (in Russian).
7. Kornetov N.A. MKB-10 bez adaptatsii – kraeugol'nyi kamen' reformy otechestvennoi psikhatrii [ICD-10 without adaptation is the cornerstone of the reform of domestic psychiatry]. *Visnik Asotsiatsii psikhiatriv Ukraïni*. 1998; 3: 39-54 (in Russian).
8. Morozov V.P. Kliniko-biologicheskoe mezhdunarodnoe issledovanie problemy klassifikatsii psikhicheskikh zabolevanii: avtoref. dis. ... d-ra med. nauk [Clinical and biological international study of the problem of classification of mental illness: Doc.med.sci.diss.abs.]. Moscow; 1991. 45 (in Russian).
9. Smulevich A.B. Ipokhondriya i somatoformnye rasstroistva [Hypochondria and somatoform disorders]. Moscow: Logos; 1992. 176 (in Russian).
10. Abramov V.A. Psikhiatriya kak sub'ekt sotsial'noi politiki gosudarstva [Psychiatry as a subject of state social policy]. Donetsk: KITIS; 2000. 130 (in Russian).
11. Poltavets V.I. Mozhet li ukrainskaya psikhiatriya prinyat' novuyu mezhdunarodnuyu klassifikatsiyu? [Can Ukrainian psychiatry accept a new international classification?] *Visnik Asotsiatsii psikhiatriv Ukraïni*. 1994; 1: 15-24 (in Russian).
12. Pavlichenko A.V. Nastoyashchee i budushchee diagnoza v psikhiatricheskoi praktike [Present and future of diagnosis in psychiatric practice]. *Trudnyi patsient*. 2015; 13 (5-6): 41-49 (in Russian).
13. *Diagnostic and Statistic Manual Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. American Psychiatric Association. 2013. 991.
14. Van Os. *De DSM voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ*. Leusden: Diagnostis uitgevers; 2014. 224.

15. Reed G.M., Mendonca Correia J., Esparza P., Saxena S., Maj M. The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists Attitudes Towards Mental Disorders Classification. *World Psychiatry*. 2011; 10 (2): 118-131. doi: 10.1002/j.2051-5545.2011.tb00034.x. PMID: 21633689; PMCID: PMC3105474.
16. Maj M. Keeping an open attitude toward the RDoC project. *World Psychiatry*. 2014; 13: 1-2.
17. Weinberger D. RDoC redux. *World Psychiatry*. 2014; 13: 36-37.
18. Kupfer D.A., First M.B., Regier D.A. A research agenda for DSM-V. Washington: APA; 2002. 307.
19. Frances A. The past, present and future of psychiatric diagnosis. *World Psychiatry*. 2012; 2: 111-113.
20. Maj M. DSM, ICD, RDoC and psychiatry's shifting seas. *EPA Congress News*. 2014; 3: 4.
21. Kupfer D. Neuroscience – informed nosology in psychiatry: are we there yet? *Asein J. Psychiatry*. 2014; 7: 4-5.
22. Carroll B. Biomarkers in DSM-5: lost in translation. *Aust N Z J Psychiatry*. 2013; 47(7): 676-678.
23. Maj M. Mental disorders as «brain diseases» and Jaspers legacy. *World Psychiatry*. 2013; 12: 1-2.
24. Kroenke K. Diagnostic testing and the illusory reassurance of normal results: comment on «Reassurance after diagnostic testing with a low pretest probability of serious disease». *JAMA Intern Med*. 2013; 173(6): 416-417.
25. Spitzer R.L. Psychiatric diagnosis: are clinicians still necessary? *Comp Psychiatry*. 1983; 24: 399-411.
26. Mezzich J.E., Zinchenko Y.P., Krasnov V.N., Pervichko E.I., Kulygina M.A. Person-centered approaches in medicine: clinical tasks, psychological paradigms and postnonclassic perspective. *Psychology in Russia: State of the Art*. 2013; 6 (1): 95-109.

Поступила в редакцию 14.11.2021