**Лекция 9.**

**Методология психиатрического диагноза. Клинический метод и клинико-психопатологический методы. Классификация психических заболеваний.**

**План.**

1. **Методология психиатрического диагноза.**
2. **Клинический метод и клинико-психопатологический методы.**
3. **Классификация психических заболеваний.**

##### Методологические основы диагностики в психиатрии

Диагностика и диагноз рассматриваются как две стороны врачебного мыш­ ления, как две его стадии. Диагностика является разделом клинической меди­ цины, который изучает методы исследования больного с целью распознавания болезни. Это понятие включает в себя также весь процесс изучения больного и рассуждений врача. Диагностическое суждение психиатра, возникая на раз­ ных стадиях диагностического процесса, каждый раз носит качественно новый характер в силу того, ч**то диагностика в психиатрии осуществляется на разных уровнях: *симптоматологигеском, синдромологигеском* и *нозологигеском.*** Психиатр выдвигает диагностическую гипотезу, которая в процессе дальнейшей его деятельности проверяется, уточняется, дополняется, усложняется, пересматривается до тех пор, пока не начинает соответствовать сущности патологического процесса и стоящим перед психиатром задачам. В значительной мере задачам проверки правильности диагностической гипотезы отвечает *«принцип соответствия»,* включающий в себя соотношение состояния больного с анамнезом, сроками течения болезни и обнаружением признаков, характеризующих длительность болезни, особенности движения симптомов в анамнезе и отражения его в состоянии больного (Завилянский И. Я. [и др.], 1989). Динамика врачебного мышления носит, таким образом, не прямой, а спиралевидный характер, возвращаясь время от времени к уже пройденным стадиям.

*Принцип соответствия* определяется также признаками, наиболее полно, ти­ пично отражающими сущность болезни, и признаками, имеющими дополнитель­ ное значение, соотношением данных лабораторных исследований с клинико­ психопатологическими особенностями, соматоневрологическими симптомами, соответствием синдромов основным типам течения, совместимостью типичных и не свойственных заболеванию признаков в развитии болезни, их сочетаниями.

Следует отметить, что в *диагностике,* которая рассматривается как специ­ фическая форма познания, представляющая собой процесс выявления болезни в результате сбора данных, направленных на точное ее определение и идентификацию в единой системе болезненных расстройств, следует различать два понятия: *«методология» —* теоретическое обоснование выбора методов достижения цели (познание природы исследуемых явлений) и *«методика» —* совокупность практических методов (приемов), направленных на достижение этой цели.

***Стадия симптоматологигеской диагностики* носит характер начальной, ориентировочной.** На этой стадии основная задача — выделить особо значимые в диагностическом отношении симптомы и по патогенетическому принципу объединить их в психопатологические синдромы.

***Синдромологигеский этап***предваряет нозологическую диагностику. Он не только более точно нацеливает психиатра в диагностически-нозологическом отношении, но и сохраняет свое незыблемое значение для уточнения нозоло­ гического диагноза.

Определяющий психический статус синдром не является статичным. В нем

постоянно происходят изменения, обусловленные или особенностями патоло­ гического процесса, или влиянием терапевтического вмешательства. Поэтому, определив существующий синдром, всегда следует попытаться выяснить возможные тенденции его видоизменения на ближайшие отрезки времени как в сторону усложнения, так и в сторону упрощения. В обоих случаях предвидение изменений психического состояния позволяет вовремя изменить терапию и предупредить нежелательные медицинские и социальные последствия болезни.

Дать синдромальную оценку существующим психическим расстройствам означает дать не только определение психического статуса больного в психиа­ трических терминах, но и уточнить существующий уровень поражения. При синдромальной оценке большее значение имеют расстройства, отражающие более глубокий уровень поражения, несмотря на то что на период исследования они являлись бы минимально выраженными, а расстройства более легкого регистра — преобладающими в клинической картине.

***Синдромальная квалификация психического статуса позволяет не только выявить основные на данный момент психопатологические расстройства и оце­ нить их глубину.*** Одновременно она дает большую, чем симптоматологическая квалификация, возможность предвидеть характер вероятных в ближайшее вре­ мя медицинских и социальных осложнений, предпринять наиболее правильные меры медикаментозного воздействия и выбрать организационную форму меди­ цинской помощи. Синдромальная оценка психического статуса особенно важна в тех случаях, когда, как это нередко бывает в психиатрии, в период исследо­ вания отсутствуют объективные анамнестические сведения о больном.

***Оценка динамики психических расстройств*** представляет собой, по мнению Г. В. Морозова и Н. Г. Шумского (1998), *третий этап диагностики.* Каждая психическая болезнь проявляется определенным или предпочтительным для нее «набором» синдромов, которые возникают, видоизменяются и сменяют друг друга в закономерной последовательности, реализуя стереотип развития болезни. Поэтому вслед за синдромальной оценкой статуса производят анало­ гичную оценку всех наблюдавшихся ранее психопатологических расстройств, т. е. анализируют и квалифицируют данные анамнеза. Определяются особен­ ности развития (течения) психопатологических расстройств.

**Выделяют два основных типа течения психических болезней: *непрерывный* и *приступообразный.***Болезнь может характеризоваться каким-либо одним ти­ пом течения, например приступообразным, но может произойти смена одного типа течения другим. Например, в рамках шизофрении приступообразное тече­ ние может сменяться непрерывным. При каждом типе развития психопатоло­ гические симптомы могут подвергаться усложнению (прогредиентность), упро­ щению (регредиентность) или же продолжительные периоды времени сохраня­ ются в неизменном виде (стационарное состояние).

***Нозологический диагноз*** *— четвёртый этап диагностики.* Оценка настоящего психического состояния и стереотипа развития психической болезни (продро­ мальных явлений, выраженных психических расстройств, происходящего со временем синдромального видоизменения позитивных и негативных наруше­ ний) обычно позволяет сделать обоснованное заключение о нозологической принадлежности психической болезни.

А. В. Снежневский (1970), характеризуя завершающий этап психиатриче­ ского диагноза, подчеркивал необходимость его максимальной индивидуализа­ ции. Здесь также прослеживается характерное движение диагностического про­ цесса: от наблюдения и изучения конкретного больного к рассмотрению слож­ ных и абстрактных психопатологических конструкций и понятий, а от них обратно к случаю, послужившему поводом для диагностического процесса. Оно необходимо потому, что диагностические построения на абстрактно-познавательном уровне всегда носят чрезмерно общий характер без учета особенностей течения болезни у данного больного и, соответственно, не могут служить основой для индивидуализированного лечения. Общая диагностическая схема, на каком бы высоком уровне познания она ни была бы создана, непригодна для практической деятельности, поскольку болезнь, как указывал А. В. Снежнев- ский (1985), у каждого больного протекает атипично, с теми или иными от­ клонениями от усредненного, абстрагированного, типового ее описания.

**Таким образом, завершающий этап психиатрической диагностики (присущий, впрочем, любой клинической дисциплине) состоит в переходе от диагноза болезни к диагнозу больного.** К понятию диагноза больного близко примыкает понятие функционального диагноза (Воловик В. М., 1977). Функциональный диагноз не может быть противопоставлен нозологическому, каждый из них по-своему и на разных уровнях отражает сущность болезни. Но если нозологический диагноз является диагнозом эволюционно сложившейся видовой формы приспособления организма к измененным условиям жизни, каковой является болезнь в общепатологическом плане, то функциональный диагноз — это диагноз индивидуальной приспособляемости больного, его бытия в болезни, он отражает взаимодействие больного с социальным окружением и обществом.

**Методология психиатрического диагноза связана прежде всего с выявлением феноменов первого порядка — симптомов, второго порядка — синдромов, третьего порядка — нозологических единиц.** Но необходимо принять к сведе­ нию и то обстоятельство, что *в рамках психиатрической интерпретации суще­ ствует целый ряд других диагностических подходов к оценке одного и того же психического состояния* (Самохвалов В. П., 2002). При этом основным подходом считается феноменологический. Предметом *феноменологического анализа* является феномен, в том числе — и психопатологический. *Психопатологический феномен — это всегда целостное, качественно новое явление сознания (по содержанию, структуре и степени завершенности), которое принципиально не редуцируется к своим составным частям, не выводится ни из другого психопатологического феномена, ни из расстройства какой-либо психологической сферы или функции, ни из нижележащих или вышележащих процессов: нейрофизиологигеских и социальных.* Психопатологический феномен дан субъекту как некая новая сущность. По М. Хайдеггеру, это такое интрасубъективное переживание, кото­ рое «само-по-себе-себя-показывает» субъекту. В отличие от всех других меди­ цинских дисциплин, являющихся по преимуществу биологическими, психиа­ трия интегральна ко всем слоям бытия, и, таким образом, все ее явления, как и обозначающие их категории, не ограничиваются биологическим или психи­ ческим слоем, а интегральны к ним, представляя целостные, качественно новые образования — феномены. Как отмечает Ю. С. Савенко (2013), галлюцинация и бред — это нарушение не только когнитивных функций (восприятия, мыш­ ления, памяти), но, в еще большей мере, функций аффективно-мотивационных, а также нарушение ценностных ориентаций. При таком подходе обнаруживает­ ся интегральность феномена ко всем онтологическим слоям личности (биоло­ гическому, психическому и духовному), тогда как «симптом» (галлюцина­ ция) — это нарушение восприятия, а «феномен» (галлюцинация) — это инте­ гральное личностное нарушение. В отличие от симптома как индуктивного (обобщенного), элементарного, стандартного, одновекторного признака, фено­ мен — это уникально индивидуальное конкретное переживание, т. е. тонко ар­ тикулированный физиогномический фрагмент целого, повторяющий структуру этого целого (Савенко Ю. С., 2013).

**Сущность феноменологического анализа заключается в том, что из «потока» психопатологических явлений врач выделяет такие целостные феномены, которые по своему *содержанию, форме, структуре противоречат всему строю лихности и ее сознанию, т. е. обладают патологическими признаками.***Далее путем «редукции» (вынесение за скобки) всех несущественных частных призна­ ков психопатологический феномен проясняется, очерчивается, описывается в рамках описательной феноменологии. Затем устанавливаются связи между отдельными психопатологическими феноменами на основе отношений понятности, схожести, соответствия, одновременности или последовательности событий. Это не причинно-следственные связи, как в психоанализе, а «синхронические» связи по К. Юнгу, «психологически понятные» по К. Ясперсу, т. е. сущностно выводимые из «осевого» феномена. Например, разрабатывая целостное понимание истерической личности, К. Ясперс пишет: «Для того чтобы охарак­ теризовать этот тип, мы должны спуститься вниз, к одной базисной черте: не считаясь со своими склонностями и жизненными возможностями, истериче­ ские личности жаждут казаться как для себя, так и для других больше, чем они есть, и чувствовать больше, чем способны. Все остальные признаки могут быть поняты как следствие этого». В силу того, что практически не существует психических переживаний человека, которые могут быть однозначно и априорно причислены к рангу симптомов, равно как и признаны абсолютно адекватными, возможно выделение ряда интерпретаций (помимо собственно психиатрической) одного и того же психического состояния.

***Нейропсихологическая интерпретация***основана на том, что с позиций нейропсихологии все психические расстройства связаны с функциональным или морфологическим повреждением **в системах трех функциональных блоков мозга:**

1. ***блока регуляции тонуса и активности, уровня сна и бодрствования (ретикулярная формация, лимбическая система, медиобазальные отделы лобной и височной коры);***
2. ***блока приема, переработки и хранения информации (анализаторные системы);***
3. ***блока регуляции, контроля и программирования психической деятельности (моторные, премоторные, префронтальные отделы коры лобных долей).***

**Психоаналитихеская интерпретация зависит от того, в рамках какой аналитической школы она происходит, но независимо от школы аналитик пытается ответить на вопрос, почему именно таково содержание его симптома, например навязчивостей или бреда.** Эта интерпретация прямо не соответствует психиатрической. В частности, психоанализ рассматривает невротические расстройства как особую нормативную форму адаптации. Психоанализ фиксируется на уровне симптома, который интерпретируется как результат одного из механизмов защиты, срабатывающего в результате задержки развития на стадиях психосексуальности, психического онтогенеза или в результате регресса к определенным стадиям.

**Этнихеская и культуральная интерпретация учитывает то обстоятельство, что целый ряд психических функций зависит от расовых и культурных, в том числе религиозных, особенностей.** Поэтому следует оценивать то или иное про­ явление как «расстройство» с учетом данных зависимостей. В практике выде­ ляется большая группа особых этнокультуральных психопатологических син­ дромов: Коро, Витико, Пороблено и др.

***Возрастная интерпретация***выделяет группы синдромов, характерных для определенных возрастных периодов. Для детского возраста относительно специфичными являются синдромы: детского аутизма, патологических страхов и фан­ тазий, олигофрении, психического инфантилизма и гипердинамический, привычных действий. Для подросткового возраста более типичны синдромы дисморфомании, анорексии, гебоидности, нарушения поведения. Для лиц пожилого и старческого возраста характерными являются психоорганические синдромы.

***Биологическая интерпретация*** учитывает данные функциональной и конституциональной морфологии, биохимии, генетики и социобиологии.

***Экологическая интерпретация***основана на понятии «экология», куда входит определение конкретной средовой «ниши», в которой растет и развивается человек. Она складывается из семейного окружения, группового окружения и глобальной среды. Кроме того, возможна интерпретация с позиций учения о стрессе и реакций на стресс в понимании Г. Селье (1960).

***Историогенетигеская интерпретация,* использующая патографический метод, представляет собой комплексное описание личности с акцентом на проявления у нее психопатологических особенностей.**

***Отдельно выделяется интерпретация с позиций психиатрической герменевтики (науки об истолковании). Психологическая герменевтика занимается истолкованием переживаний, а психиатрическая — психопатологических переживаний.*** Психиатрическая герменевтика позволяет соединить объяснение психиатром переживания самому пациенту с попыткой проникновения в переживание, т. е. его пониманием. Для этих целей необходимо использовать данные всех вышеперечисленных интерпретаций (Самохвалов В. П., 2002).

В настоящее время необходимость объективизации клинических феноменов привела к существенному пересмотру представлений о психиатрической диагностике. В немалой степени это было обусловлено также потребностями в оценке динамики состояния больных в процессе психофармакотерапии, а также быстрым развитием международных контактов психиатров, стимулировавших становление системы стандартизации диагноза. Значительное влияние на диагностические подходы в психиатрии оказало и внедрение методов математического анализа, которые позволяют обнаружить внутренние связи и зависимости внутри синдромологических групп и выявить наиболее значимые особенности патологического процесса. Существенным достижением внедрения операцио­ нальной диагностики, в основе которой лежит политетическая категоризация, стала возможность перехода от сугубо описательной квалификации состояния к квантифицированной оценке тяжести патологических проявлений. Плодотвор­ ность указанного подхода трудно переоценить (Шамрей В. К., Марченко А. А., 2009).

##### 

##### Стандартизированные методы диагностики психических расстройств

Согласно наиболее распространенному определению, диагностика — это сбор клинического материала, его изучение, анализ и соотнесение с действующей классификацией. **Чувствительность и специфичность любого метода диагностики определяется следующими параметрами:**

1. ***информативность — адекватная характеристика объекта исследования;***
2. ***различительная способность — отграничение одного объекта исследования от другого;***
3. ***надежность — совпадение в оценках объекта исследования разными исследователями;***
4. ***воспроизводимость — совпадение оценок исследователей вне зависимости от влияния дополнительных факторов.***

В психиатрии, однако, до настоящего времени отсутствуют инструментальные, клиниклабораторные, генетические и морфологические методы, соответствующие этому золотому стандарту диагностики. Психопатологический метод также не может претендовать на этот «стандарт» из-за «субъективизма» и «описательности».

##### Электрофизиологические методы исследования

**При обследовании лиц с разными формами психических расстройств широко используются методы клинической электрофизиологии,** результаты которых могут приобретать существенное значение для окончательной диагностической оценки, так как позволяют выявить признаки органического поражения головного мозга.

Наиболее широкое применение получило *электроэнцефалографическое*

(ЭЭГ) *исследование,* представляющее собой запись биотоков головного мозга, регистрируемых через неповрежденную кожу и ткани черепа. Выделяют следу­ ющие основные частотные диапазоны электроэнцефалограммы: медленные волны (дельта-ритм — 1-3 Гц, тета-ритм — 4-7 Гц, альфа-ритм — 8-12 Гц) и быстрые волны (бета-ритм — 13-25 Гц, гамма-ритм — более 25 Гц). Показа­ тели ЭЭГ здоровых людей варьируют в очень широких пределах, однако чаще отмечается некоторое преобладание альфа-ритма в затылочных отделах мозга и быстрых волн — в передних.

**Дифференциально-диагностическая ценность результатов ЭЭГ-исследования при большинстве психических расстройств (шизофрения, невротические расстройства и т. д.) невелика.** В то же время при органических поражениях головного мозга данные электроэнцефалографии нередко позволяют оценить тяжесть патологического процесса и способствуют определению размеров и ло­ кализации патологического очага. Использование специальных методических приемов (разнообразные функциональные нагрузки, изучение ЭЭГ сна) и со­ временных средств компьютерного анализа (автоматический спектральный анализ, изучение функций кросс-корреляции) существенно расширяет диапазон применения ЭЭГ-исследования и повышает его диагностическую ценность.

***Электрокардиограмма*** *—* метод отведения потенциалов при помощи элек­ тродов, накладывающихся непосредственно на кору головного мозга. Потенциалы имеют на порядок большую амплитуду по сравнению с ЭЭГ, а также лучшее разрешение. Данный метод применялся, в частности, при определении потенциальных структур-мишеней для функциональной нейрохирургической коррекции, но в настоящее время в данном разделе психиатрической практики вытеснен нейровизуализационными методами диагностики.

***Эхоэнцефалография****,* в основе которой лежит регистрация отраженных уль­ тразвуковых сигналов, позволяет выявить объемные поражения головного моз­ га, а также оценить выраженность внутримозговой гипертензии. Достаточно высокая чувствительность метода, относительная простота проведения исследования и интерпретации его результатов, а также практическое отсутствие противопоказаний определяют важное значение эхоэнцефалографии при решении сложных дифференциально-диагностических задач.

Перспективные направления лабораторных исследований в психиатрии

У пациентов с психическими расстройствами часто наблюдаемая гиперсекреция кортизола сопровождается понижением концентрации соматотропного гормона (гормон роста) и дегидроэпиандростерона (ДГЭА). Снижение уровня ДГЭА коррелирует с выраженностью агрессии, а соотношение кортизол/ДГЭА характеризует устойчивость организма к различным нарушениям и ассоциируется с нарушением памяти, неустойчивостью настроения, деменцией.

Развитие психических расстройств сопровождается определенными нарушениями состояния моноаминовых (катехоламиновых и индоламиновых) нейромедиаторных систем организма. Определение содержания катехоламинов (КА) (адреналина, норадреналина и дофамина) в биологических жидкостях человека имеет большое значение для понимания периферических адаптационных механизмов, однако вопрос, в какой мере концентрация КА в крови отражает состояние центральных моноаминовых структур, в настоящее время является дискуссионным. Как следует из клинико-экспериментального анализа применения фармакологических веществ, направленно воздействующих на определенные этапы метаболизма КА в ЦНС и на периферии организма (L-ДОФА, парнат, резерпин, апоморфин, галоперидол, 6-оксидофамин), количество КА в крови выступает достаточно объективным показателем соотношения между процессами синтеза, депонирования и секреции нейромедиаторов в ткани мозга.

##### Генетические и эпидемиологические методы исследования в психиатрии

Хотя о влиянии наследственности на психическое состояние было известно задолго до XIX в., первые клинические доказательства «накопления различных стигм дегенерации в вырождающихся семьях» привел Б. Морель (1857). С развитием генетики как точной науки данные клинических наблюдений стали под­ крепляться сведениями о нарушениях структуры тех или иных генов, входящих в состав набора хромосом человека. При этом прямая жесткая связь генетических нарушений с возникновением психических расстройств была установлена лишь для малого количества психических болезней. В настоящее время к ним относятся такие заболевания, как болезнь Дауна (трисомия 21-й хромосомы), хорея Гентингтона (патологический ген на коротком плече 4-й хромосомы), ряд дифференцированных олигофрений с четкой клинико-генетической дианостикой, фенилкетонурия (аутосомно-доминантный тип наследования), болезнь Клайнфельтера (синдром XXY или XXXY), синдром «кошачьего крика» (отсутствует часть хромосомы 5-й пары), болезнь Мартина — Белла (синдром с ломкой 10-й хромосомы), синдром XYY с признаками олигофрении и агрессивного поведения у мужчин.

**Основными генетическими методами в психиатрии в настоящее время счи­ таются генеалогический метод, близнецовый метод и ДНК-диагностика. Наи­ более ранний из них *— генеалогический метод.***Он заключается в анализе ро­ дословной, начиная с самого больного (пробанда). О роли генетических факто­ ров в развитии психического заболевания при этом судят по частоте патологического признака у близких и дальних родственников пациента. Чем чаще встречается патологический признак у ближайших родственников и чем реже — у дальних, тем выше роль генетических факторов. Например, у родителей больных шизофренией шизофрения обнаруживается в 14 % случаев, а у дядей и теток в 5-6 %. Патологическая наследственность может проявляться также патологическим складом личности и субклиническими формами психической патологии. Генеалогический метод позволяет установить тип наследования заболевания, выявить феномен сцепления генов, дает непосредственный материал для проведения медико-генетического консультирования. Более точно судить о степени вклада наследственных и средовых факторов в этиологию психических заболеваний позволяет *близнецовый метод.* Считается, что конкордантность (частота совпадения признака) между однояйцевыми близнецами отражает вклад генетических факторов в возникновение заболевания, а дискордантность (несовпадение признака) — влияние средовых факторов.

В последние годы, благодаря полному изучению генома человека, в психиа­

трии сформировалась новая область — молекулярная психиатрия с молекулярно­ генетическими исследованиями *(ДНК-диагностика).* В настоящее время данное направление генетических исследований наиболее перспективно, поскольку по­ зволяет судить о влиянии генетических факторов в сложных диагностических случаях. Например, дифференциальная диагностика между кататонической ши­ зофренией и хореей Гентингтона теперь зависит не от различия научных школ, а от наличия поражения ряда локусов в коротком плече 4-й хромосомы.

Количественно оценить вклад наследственных и средовых факторов в раз­ витие заболеваний позволяют современные методы математического дисперси­ онного анализа. Так, по данным В. М. Гиндилиса и И. В. Шахматовой-Павловой, от 70 до 87 % изменчивости при шизофрении и МДП определяется именно гене­ тическими, а не средовыми причинами. Существуют факты, свидетельствующие, что наследственность играет также существенную роль в формировании рас­ стройств личности (психопатии) и алкоголизма, однако роль средовых факторов в этих случаях является значительно большей.

Одним из методов, применяемых в генетике, являются эпидемиологические популяционные исследования. Эпидемиологические данные имеют большое значение для развития научных исследований (аналитическая эпидемиология). Поиск корреляций между эпидемиологическими показателями и условиями жизни населения дает важную информацию для установления этиологии и патогенеза заболеваний. Однако эпидемиологически значимые факторы не должны рассматриваться как синонимы этиологических, поскольку среди них могут быть первичные (независимые) и вторичные (производные от многих других).

«Психические» (Гезер Г., 1867) и «умственные эпидемии» (Реньяр П., 1889) описывались еще в XIX в., но до 50-х гг. XX столетия развитие эпидемиологческих исследований было в основном связано с изучением инфекционных заболеваний. Именно при изучении инфекционных болезней были разработаны эффективные методы выявления заболеваний, оценки путей их распространения, расчета уровня риска. Во 2-й половине XX в. эпидемиологический метод стал широко применяться и для изучения неинфекционных болезней, что было обусловлено потребностью общества в эффективном планировании деятельности медицинских учреждений. В настоящее время данные о распространенности заболеваний являются одной из основ организации системы здравоохранения. При этом теоретические исследования природы неинфекционных заболеваний также включают в себя эпидемиологические методы. Так, изучение распростра­ ненности психических расстройств в различных культурах, географических зо­ нах, среди разных рас и социальных слоев позволяет выявить факторы, суще­ ственно влияющие на риск возникновения болезни. Кроме того, эпидемиологи­ ческий метод в процессе специальных исследований позволяет на практике оценить некоторые исходные теоретические положения. Например, при про­ ведении массовых профилактических мероприятий весьма важно с помощью эпидемиологического метода подтвердить эффективность и правомочность предлагаемых мер профилактики.

Основными показателями в эпидемиологии являются заболеваемость, бо­ лезненность и риск развития того или иного заболевания. *Заболеваемость (incidence)* показывает число новых больных, появившихся среди населения за год, а *болезненность (prevalence,* пораженность, распространенность болезни) — общее число больных, включающее ранее состоявших на учете и вновь забо­ левших за год. Обычно эти показатели рассчитываются на 1000, 10 000 или

100 000 населения. *Риск по заболеванию* отражает вероятность появления соот­ ветствующего заболевания у каждого человека на протяжении так называемого опасного возраста данной болезни. Например, олигофрения проявляется уже с первых лет жизни, шизофрения — чаще в 15-45 лет, а инволюционные (пред- старческие) и сенильные (старческие) психозы — в возрасте обратного разви­ тия. В детстве высок риск невротических расстройств и развития эпилепсии. Шизофренией чаще болеют мужчины, а маниакально-депрессивным психо­ зом — женщины. Для оценки эффективности лечебно-профилактической рабо­ ты могут использоваться и другие критерии, например интенсивные показатели инвалидизации и уровня профессиональной занятости больных.

Существует два основных метода эпидемиологических исследований: анализ прошлых событий с установления их значимости в происхождении и развитии болезней *(ретроспективный метод)* и непосредственное наблюдение за опреде­ ленными группами населения или больными для выявления факторов, имею­ щих этиологическое или патогенетическое значение *(метод когорт).* Каждый из этих методов обладает как определенными недостатками, так и преимуще­ ствами. На величинах эпидемиологических показателей отражается метод вы­ явления психически больных - *активный* или *пассивный.* Для успешного про­

ведения эпидемиологических исследований необходимы объективные источни­ ки информации. Они могут быть первичными и вторичными. *Первигные истогники информации (активные) —* это сведения, полученные при непосред­ ственном (поголовном) обследовании населения. Они наиболее исчерпываю­ щие и объективные, но и они не отражают истинной распространенности пси­ хических расстройств. Это объясняется, прежде всего, тем, что все равно не удается выявить всех больных. Кроме того, их качество зависит от квали­ фикации исследователей и от унификации различных психопатологических со­ стояний, принятых в той или иной научной школе. Следует также помнить, что официальные статистические показатели распространенности психических рас­ стройств в России, базирующиеся на данных психоневрологических диспансе­ ров (ПНД), могут быть существенно ниже полученных при специальных на­ учных исследованиях. Использование первичных источников информации осо­ бенно актуально при обследовании небольших групп населения (например, в малонаселенной сельской местности или изолированном коллективе), когда можно существенно увеличить надежность выявления больных путем сплошно­ го обследования (путем диспансеризации, в ходе переписей или с помощью подворных обходов). *Вторигные истогники информации (пассивные)* — это от­ четные данные лечебно-профилактических, социальных и других учреждений, где пребывают больные. Такие данные не всегда бывают достаточно полными, что зависит от ряда объективных факторов (от приближенности психиатриче­ ской помощи к населению, отношения общества к психически больным, от воз­ раста и пола заболевших).

Помимо статистических данных о заболеваемости психическими расстрой­ ствами, психическое здоровье общества характеризуют данные о частоте со­ вершаемых самоубийств. Причем в иностранной литературе придерживаются точки зрения о том, что большинство суицидентов — от 75 % (Asukai N., 1995) до 90,1 % (Conwell Y. [et al.], 1996) — имеют психические расстройства, кото­ рые и явились главной причиной суицида. В отечественной литературе, напро­ тив, указывается, что только 20 % суицидентов состоят под диспансерным на­ блюдением в психоневрологических диспансерах и примерно 8-9 % признаны нуждающимися в таком наблюдении, а остальные лица находились в пределах психической нормы (Амбрумова А. Г., Бородин С. В., 1981).

Сопоставимость результатов эпидемиологических исследований является важной проблемой, обусловленной различным уровнем выявления заболеваний, расхождением в диагностических подходах. Следует подчеркнуть, что, несмотря на различие в диагностических подходах, распространенность наиболее тяжелых психических расстройств (психозов) оценивается примерно одинаково в самых разных странах (1,5-3 % от общей численности населения). При оценке частоты пограничных нарушений психики наблюдаются значительно большие расхожде­ ния (от 4 до 20 %). Унификация диагностических подходов, создание тщательно разработанных международных классификаций позволяют значительно повы­ сить сопоставимость результатов. Эту задачу призвано решить введение единой систематики психических расстройств, в частности, используемой в мире и в нашей стране МКБ-10.

Таким образом, генетические и эпидемиологические методы в современной

психиатрии не только являются важными источниками новых научных данных, но и имеют большую практическую значимость для диагностики психических расстройств и организации психопрофилактических мероприятий.

##### Международные классификации психических расстройств

Международная классификация болезней (МКБ)

Первая международная классификация психических заболеваний была предложена комиссией под председательством Б. О. Мореля Международному конгрессу по психиатрическим наукам в 1889 г. в Париже. Она насчитывала 11 категорий:

* + 1. мания;
    2. меланхолия;
    3. периодическое помешательство;
    4. прогрессивное периодическое помешательство;
    5. деменция;
    6. органическое и сенильное слабоумие;
    7. прогрессивный паралич;
    8. неврозы;
    9. токсическое помешательство;
    10. моральное и импульсивное помешательство;
    11. идиотия.

Начиная с 1900 г. МКБ пересматривалась каждые 10 лет, служила в основ­ ном для статистических целей и не включала какой-либо системы, связанной с психическими болезнями. Однако на протяжении многих десятилетий эта си­ стематика не получала официального распространения в большинстве стран мира. Впоследствии выяснилось, что психиатры не понимают друг друга, по­ скольку не существует общего языка и сопоставимости диагнозов. Были про­ ведены международные исследования, в результате которых выяснили, что, на­ пример, диагноз «шизофрения» в Америке ставят намного чаще, чем в Европе. Поэтому периодические ревизии МКБ, начиная с шестого пересмотра в 1948 г., стали координироваться Всемирной организацией здравоохранения. Причем одним из основных направлений работы по усовершенствованию систематики было создание глоссария психиатрических терминов. Кроме того, было показа­ но, что для единообразного понимания состояния больных важное значение имеют методы обследования, поэтому специалисты начали разрабатывать но­ вую систему обследования больных, в результате которых появились стандар­ тизированные схемы опроса, такие как «Обследование текущего состояния» (Present State Examination - PSE, Wing J. [et al.], 1974) и целый ряд других.

В 1975 г. была принята МКБ-9, которая не содержала радикальных измене­ ний по сравнению с предыдущими, однако была дополнена глоссарием — ре­ зультатом шестилетней работы психиатров из 62 стран.

МКБ-10 была одобрена в 1990 г. и введена в действие в 1994 г. Глава V МКБ-10 посвящена «умственным и поведенческим расстройствам» и состоит из 10 основных групп:

1. органические, включая симптоматические, расстройства психики;
2. психические и поведенческие расстройства вследствие употребления ПАВ;
3. шизофрения, шизотипическое и бредовые расстройства;
4. аффективные (эмоциональные) расстройства;
5. невротические, обусловленные стрессом и соматоформные расстройства;
6. поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами;
7. расстройства зрелой личности и поведения;
8. задержка умственного развития;
9. расстройства психологического развития;
10. поведенческие и эмоциональные расстройства с началом, обычно про­ исходящим в детстве и юности.

Кроме того, есть группа «неопределенных расстройств психики», а в преде­ лах каждой группы выделяются более определенные подкатегории.

Диагностика по МКБ-10 требует соблюдения основных правил кодирова­ ния. Можно использовать такое количество диагнозов, которое необходимо для описания состояния пациента, но в первую очередь выделяют основной диа­ гноз. В клинической работе он обычно является причиной консультации или обращения за медицинской помощью. В случае сомнения в том, какой диагноз выступает основным, надо следовать порядковой нумерации МКБ-10.

МКБ-10, как и DSM-III-R и DSM-IV (см. ниже), предполагает многоосевую оценку состояния больного:

*ось I* — клинический диагноз, который состоит из:

а) психического расстройства; б) физического расстройства; в) расстройства личности;

*ось II —* предназначена для определения нетрудоспособности. Она разбита на четыре специфических ранга, оценивающих самообслуживание, трудовую (учебную) деятельность, деятельность в семье и дома, жизнедеятельность в ши­ роком социальном смысле;

*ось III* сосредотачивается на факторах окружающей среды и образа жизни, влияющих на патогенез и течение заболевания пациента (так называемые кон­ текстуальные факторы). Это избранные коды главы XXI МКБ-10 (при игно­ рировании этиологии психических расстройств, заложенной в МКБ-10, эти контекстуальные факторы призваны в некоторой степени заменить ее). К ним относят проблемы, связанные:

* с негативными событиями детства;
* с образованием и воспитанием;
* с первичной поддержкой окружающих, включая семейные обстоятельства;
* с социальным окружением;
* с трудовой деятельностью;
* с домашними и экономическими обстоятельствами;
* с физической окружающей средой;
* с определенными психосоциальными обстоятельствами;
* с юридическими обстоятельствами;
* с семейными болезнями или инвалидностью;
* с образом жизни или трудностями организации жизнедеятельности.

В целом МКБ-10 на сегодняшний день — результат договоренности специ­ алистов о более приемлемых диагностических категориях, обусловленных де­ фицитом знаний об этиологии, патогенезе и многих других аспектах психиче­ ских заболеваний (Точилов В. А., 2009), *при этом ее основная цель заключает- ся в сведении к минимуму произвольных диагностических заключений и обеспечении высокой воспроизводимости результата.*

На структуру последней версии МКБ-10 огромное влияние также оказали американские классификации DSM-III и DSM-III-R, в соответствии с которыми, во-первых, значительно увеличилось количество дескрипторов, а во-вторых, классификация приобрела эклектичный характер за счет отказа от строгого следования нозологическому принципу. Кроме того, МКБ-10 отличают следую­ щие особенности:

1. она предполагает возможность «временного» или промежуточного диа­ гноза (например, в случае манифестации психоза длительностью менее 1 мес. можно ограничиться диагнозом «острое полиморфное психотическое расстрой­ ство с симптомами шизофрении», вместо того чтобы сразу ставить диагноз

«шизофрения»);

1. термин «болезнь» заменен термином «расстройство» (авторы классифи­ кации отмечают, что психическое расстройство — «не точный термин», и во­ обще используется «...чтобы указать на существование клинически опознаваемо­ го набора симптомов или поведенческих признаков, связанных в большинстве случаев с нарушением личностного функционирования» (ВОЗ, 1992);
2. термин «психогенный» исключен из официального списка понятий;
3. под термином «органический» понимается наличие объективных крите­ риев, подтверждающих вовлеченность церебрального субстрата;
4. традиционное деление на неврозы и психозы не используется, но под термином «невротический» преимущественно понимаются расстройства, свя­ занные со стрессом и психологическими причинами.

Существует целый ряд родственных МКБ-10 документов, которые можно условно разделить на 3 группы.

1. Различные версии классификации:
   * лексика и глоссарии;
   * клинические описания и руководства (CDDG);
   * диагностические критерии для научных исследований (DCR);
   * многоосевое представление МКБ-10 для работы с психическими рас­ стройствами в детском возрасте и у взрослых;
   * классификация, предназначенная для первичной медицинской помощи;
   * психиатрические и неврологические адаптации МКБ-10.
2. Инструменты для оценки психического состояния и сбора анамнеза:
   * международная схема диагностической беседы с больным — «Композит­ ное международное диагностическое интервью» (CIDI);
   * «Шкала клинической оценки в нейропсихиатрии (SCAN)»;
   * «Международная схема исследования личности (IPDE)»;
   * перечень симптомов и их глоссарии.
3. Материалы, предназначенные для обучения и облегчающие использова­ ние МКБ-10, включают в себя лексикон, словарь и «Книгу историй болезни». В России в распоряжении врачей есть только «Диагностические критерии» и «Диагностические критерии для научной работы». Кроме этого, есть глосса­ рий, который практически не востребован.

Таким образом, применение МКБ-10 требует серьезной подготовки с учетом мирового опыта и с использованием общепринятой методологии.