МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Р.А. Евсегнеев

Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте по МКБ-10

Методические рекомендации

Минск БелМАПО
2013

УДК 616.89-053.2
ББК 56.1
Е 25

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
УМС Белорусской медицинской академии последипломного образования
протокол № 5 от 25. 06. 2013

Автор:
д-р мед. наук профессор *Р.А. Евсегнеев*

Рецензенты:
кафедра общей и клинической психологии БГУ
зав. кафедрой психиатрии и медицинской психологии БГМУ д-р мед. наук профессор О.А. Скугаревский

Евсегнеев Р. А.
Е 25 Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте по МКБ-10: методические рекомендации /Р.А. Евсегнеев – Минск: БелМАПО, 2013. – 19с.

ISBN 978-985-499-760-5

Методические рекомендации посвящены высоко актуальной проблеме – внедрению в практику работы психиатрических служб многомерной классификации психических и поведенческих расстройств и мультидисциплинарных форм помощи. Приведены ряд наиболее часто используемых в повседневной практике разделов и шифров, используемых в многоосевой классификации по разным осям. Кроме того, наглядно показаны новые возможности и преимущества, которые дает многоосевая классификация по сравнению с традиционной одномерной.

УДК 616.89-053.2
ББК 56.1

ISBN 978-985-499-760-5

© Евсегнеев Р.А., 2013
© Оформление БелМАПО, 2013

Оглавление

1. Введение. Классификация и диагноз в психиатрии …… 4
2. Какие практические преимущества дает многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте … …… 7
3. Исторические предшественники …… 8
4. Что представляет собой многоосевая форма МКБ-10 для детского и подросткового возраста и как ею пользоваться …… 9
5. Заключение …… ……..…… 17
6. Список литературы …… …… 19

1. Введение. Классификация и диагноз в психиатрии

Цель настоящих методических рекомендаций – ознакомить врачей-психиатров и других специалистов (психотерапевтов, психологов, неврологов, педагогов, логопедов, социальных работников и др.), участвующих в оказании помощи детям и подросткам с психическими и поведенческими нарушениями с многоосевой версией классификации психических и поведенческих расстройств в детском и подростковом возрасте МКБ-10, и тем самым способствовать ее внедрению в практику в нашей стране.

Классификация в целом – это система тех или иных категорий, которая строится на основании правил и куда относятся те или иные явления согласно этим правилам. Наличие классификации – обязательный элемент существования любой науки, ремесла как и вообще любой практической деятельности человека, будь это классификация элементарных частиц, полезных ископаемых либо заболеваний человека. В медицинской науке и практике (и, в частности, в психиатрии) классификация выполняет ряд важнейших функций:

- она представляет собой единый язык для тех, кто работает в этой области;
- без нее невозможна регистрация данных – например, о частоте той или иной патологии, возрасте ее начала, течении, прогнозе, эффективности лечения и т.д.;
- наличие классификации обязательно для проведения любых эпидемиологических исследований, и, как следствие, оценки социально-экономических последствий тех или иных заболеваний и соответствующего им планирования ресурсов здравоохранения;
- наличие классификации тех или иных заболеваний или проблем дает возможность при выборе лечения пациента использовать огромный объем данных, знаний и правил, накопленных ранее в отношении лиц со сходной патологией, используя те методы, которые ранее уже доказали свою эффективность, избегая совершенных ранее ошибок;
- без наличия классификации невозможно сравнение эффективности различных методов диагностики, лечения, работы медицинских учреждений и отдельных врачей, как и организации помощи при той или иной патологии;
- наконец, классификация необходима для обучения специалистов, работающих в данной области.

Таким образом, именно наличие классификации делает наши знания научными; без ее наличия любая медицинская дисциплина (и тем более психиатрия) превращается из естественной науки и базирующейся на ней практики в неструктурированную дискуссию, бесконечную и бесплодную борьбу авторитетов и мнений.

Вполне очевидно, что создание классификации психических и поведенческих расстройств по целому ряду причин проблема весьма сложная – в целом куда более сложная, чем при большинстве соматических заболеваний. Процесс создания и внедрения классификаций психических и поведенческих расстройств занимает многие десятилетия – достаточно упомянуть, что специаль-

ный раздел для этой патологии появился лишь в шестом издании Международной классификации болезней (МКБ-6) ВОЗ в 1948 г. Работа же по освоению и внедрению современной классификации психических и поведенческих расстройств МКБ-10, раздел V [4] несмотря на два десятилетия, прошедшие после ее принятия (1992), в Республике Беларусь и других государствах СНГ еще очень далека до своего завершения, а в отношении некоторых версий и документов из «семьи» МКБ-10 находится еще в самом начале [1,2,5,7]. К сожалению, многие возможности, заложенные в новой классификации, до настоящего времени психиатрией стран СНГ не используются; классификация эта тем более не рассматривается как одна из основ назревших реформ психиатрической помощи [7].

Причины трудностей этого освоения самые разные – от длительного периода изоляции отечественной психиатрии от мирового психиатрического движения и неучастия наших психиатров в процессе создания и полевых испытаний МКБ-10 до непривычности современной классификации для отечественных психиатров старшего поколения, воспитанных на так называемом нозологическом крепелиновском подходе, предназначенном для работы в совершенно других условиях оказания психиатрической помощи и другой системы отношений между врачом и пациентом – той, какая существовала полвека назад.

Как известно, одним из принципиальных отличий новой классификации стало то, что она создавалась в виде нескольких версий (совокупности, «семьи» документов), каждый из которых преследует свои цели и рассчитан на различных специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи. К числу «семьи» МКБ-10 относятся следующие:

1. Глоссарий терминов, краткие дефиниции (цель – единообразное понимание используемых терминов и понятий).

2. Клинические описания и руководство по диагностике – «синяя книга» (рассчитана на практических врачей-психиатров, психотерапевтов и других специалистов-медиков, предназначена для использования в повседневной лечебной практике).

3. Диагностические критерии для научных исследований – «зеленая книга» (для проведения научных исследований; известна в Республике Беларусь главным образом благодаря переведенному на русский язык «Карманному руководству к МКБ-10» Дж.Купера [1]).

4. Версия для первичной медицинской помощи – «гибкие карты», МКБ-10 РНС (рассчитана на использование врачами системы первичного здравоохранения, содержит также основную информацию для пациента и его близких; в нашей стране пока по существу не используется).

5. Таблицы переходов между МКБ-10 и предшествующими классификациями – МКБ-8 и МКБ-9.

6. Книга с историями болезней - используется в целях унификации обучения и тренировки специалистов.

7. Многоосевая версия, а также **многоосевая версия классификации для детского и подросткового возраста -** обе они в нашей стране малоизвестны и

до настоящего времени в практической работе нашими психиатрами по существу не используются.

«Взрослой» многоосевой классификации психических и поведенческих расстройств МКБ-10 была посвящена наша предыдущая методическая разработка [2], в настоящей речь пойдет о многоосевой версии для детского и подросткового возраста [5].

При попытках классификации психических расстройств детского возраста используются преимущественно два различных подхода – категориальная классификация и классификация по параметрам [5,6].

Категориальный подход, воплотившийся еще в нозологической классификации конца

19 в – начала 20 в. Э. Крепелина, строится на предположении о том, что существуют отдельные друг от друга формы психических заболеваний, каждое из которых имеет свою установленную причину – например, инфекционное поражение ЦНС, генетическую аномалию, психическую травму и т.д., а также свою характерную симптоматику, варианты течения и прогноз.

Классификация по параметрам предполагает, что существует целый ряд доступных измерению особенностей психических функций и поведения ребенка (например, уровня интеллекта, тревожности, депрессии либо агрессивности), величины которых могут в некоторых случаях выходить за пределы нормы; диапазон этой нормы устанавливают с помощью статистических методов на основании изучения больших выборок детей – от явно клинически здоровых и адаптированных до очевидно больных.

Вполне очевидно, что в отношении детей каждый из этих подходов имеет сильные и слабые стороны. Так, к трудностям категориального подхода относится то, что причины подавляющего большинства психических заболеваний многообразны и далеко не всегда точно установлены. Кроме того, многие формы поведения ребенка обычно не имеют однозначных причин и плохо вписываются в точные категории. Классификация по параметрам выглядит на первый взгляд точнее и научнее, однако к ее слабостям относится то, что измеряемые параметры могут существенно зависеть от выборки, характеристик информаторов, возраста и пола ребенка, а также различных контекстуальных влияний, далеких от психиатрии – культуральной среды, принятых моральных норм, требований к поведению ребенка и т.д.

Поэтому считается, что классификация должна сочетать оба эти подхода в зависимости от конкретных условий, и что при некоторых формах детской патологии (например, при аутизме) более уместен категориальный подход, а при других (например, при патологии когнитивных функций и умственной отсталости) – подход измерительный [6].

Когда говорят о **многоосевых (многомерных) классификациях,** под термином **«ось»** понимают группу тех или иных признаков (феноменов), которые независимы друг от друга и поэтому классифицируются раздельно. Психиатрический диагноз почти всегда включает в себя несколько различных элементов – например, форму настоящего психического расстройства, наличие у па-

циента сопутствующей умственной отсталости, соматический и неврологический «фон», наличие перенесенных в прошлом тех или иных органических повреждений ЦНС, особенности жизненного стиля и т.д. Опыт практической работы показывает, что у разных специалистов использование этих элементов и мнения об их влиянии на картину настоящего психического расстройства значительно отличаются – поэтому в одних случаях эти элементы фиксируются, а в других нет. Как следствие, при составлении плана обследования и лечения пациента они в одних случаях учитываются, а в других упускаются – в зависимости от взглядов и личного опыта пользователя. Для того, чтобы преодолеть эти недостатки и используется многомерная классификация и многомерный подход.

Вполне понятно, что вид осей и характер элементов (признаков) должны были быть отобраны не случайно, а на основании огромного практического опыта с тем, чтобы включить в них лишь те признаки, которые имеют наиболее существенное клиническое значение.

2. Какие практические преимущества дает многоосевая классификация психических и поведенческих расстройств детского и подросткового возраста

В многоосевой версии раздела V МКБ-10 в целом отразилась одна из наиболее характерных особенностей развития психиатрии последних трех десятилетий – переход от односторонних, преимущественно биологически ориентированных к мультидисциплинарным (бригадным) формам помощи, когда в состав команды специалистов наряду с психиатром могут входить также психолог, социальный работник, врач-интернист, невролог, медицинская сестра, педагог, логопед и другие специалисты – в зависимости от особенностей случая и потребностей того или иного реального пациента.

Преимущества многомерной диагностики и мультидисциплинарных форм помощи в сравнении с традиционными «одномерными» для пациента, его семьи и общества в целом вполне очевидны - индивидуализация диагноза и лечебного плана, регистрация и учет большого числа большого числа независимых от друга средовых (контекстуальных) факторов, вовлечение в лечебный процесс представителей различных специальностей и семейного окружения ребенка.

Кроме того, использование многоосевой классификации в детской психиатрии приобретает дополнительную ценность из-за огромного разнообразия и многофакторности влияний на психическое состояние и функционирование ребенка, как и на прогноз заболевания огромного числа дополнительных внешних факторов, включая соматическое здоровье, отношения в семье и особенности воспитания, различные психосоциальные воздействия и многое-многое другое. Поэтому при построении лечебного плана эти воздействия должны быть с максимально возможной полнотой отражены в диагнозе, что позволяет сделать лишь многоосевая классификация [5]. Необходимо также отметить, что в дет-

ском возрасте результаты лечебных мероприятий и отдаленный прогноз в еще большей степени, чем у взрослых зависят не столько от биологических эффектов психотропных препаратов, сколько от влияний на ребенка семейной и социальной среды, воспитания, характера семейных отношений, психосоциального стресса и т.д.

Очень важно и то, что использование многоосевой классификации дает возможность измерять и оценивать происходящие в ходе лечения изменения уровня функционирования и психосоциальной продуктивности ребенка, что является индикатором успешности лечебно-восстановительных мероприятий куда в большей степени, чем просто ослабление тех или иных симптомов или «нормализация» поведения.

3. Исторические предшественники

Первый прообраз классификации психических расстройств у детей предложил еще в 1838 г. Э.Эскироль – в нем детство называлось периодом «имбецильности», а юность – «мании и мономании». Первой попыткой собрать сведения о распространенности психических заболеваний вообще была, вероятно, американская перепись населения 1840 г., где были зафиксированы сведения о единственной форме патологии под названием «идиотизм / умопомешательство», поскольку других форм патологии еще не выделялось [6].

В первых версиях классификации психических расстройств, созданных Американской психиатрической ассоциацией (АПА) – DSM-I (1952) и DSM-II (1968) психические расстройства детского возраста не выделялись, большинство их были отнесены ко взрослым категориям, кроме умственной отсталости и детской шизофрении [6].

Однако следующий вариант этой классификации - DSM-III (1980) и ее переработанная версия – DSM-III-R (1987) включали уже целый ряд форм психической патологии детского возраста, содержали точные критерии отнесения в ту или иную диагностическую группу и использовали многоосевой подход, который позволял помимо собственно заболевания учитывать большое число контекстуальных факторов. Принятие и опыт использования этих классификаций в ряде экономически развитых стран мира оказал существенное влияние на создание ВОЗ раздела V МКБ-10 [4], в том числе его многоосевого варианта.

Последующие классификации, созданные АПА – DSM-IV (1994) и DSM-IV-TR (2000) представляли собой многоосевые (5-осевые) системы, в которых обязательно фиксировались сведения о пациенте и расстройстве из целого ряда областей, которые необходимо учитывать при составлении лечебного плана. Эти 5 осей следующие [6,8].

Ось I. Клинические расстройства. Другие состояния, которые могут иметь клиническое значение. В классификации выделены диагностические категории оси I для обозначения расстройств, впервые диагностируемых только в детском, подростковом и юношеском возрасте, а также тех форм патологии,

которые могут возникать как в детстве, и в другие возрастные периоды – например, диагнозы расстройств настроения, патологической тревожности, нарушения приема пищи и расстройств сна. По оси I пациенту может быть установлено более одного диагноза, при этом главный диагноз ставится первым.

Ось II. Расстройства личности. Умственная отсталость. Отнесены ко II оси, поскольку предполагается, что они стабильны.

Ось III. Соматическое состояние. Используется для оценки общего физического состояния, в том числе и тех соматических нарушений, которые могут иметь причинно-следственные связи с психической патологией, однако по ней фиксируются и иные формы соматической патологии.

Ось IV. Психосоциальные проблемы и проблемы окружающей среды. Включают в себя самые различные негативные события жизни, проблемы окружающей среды, семейные и межличностные стрессы, а также многочисленные контекстуальные факторы.

Ось V. Общая оценка функционирования в баллах – от 1 до 100.

Еще одним продолжением этой тенденции развития психиатрической науки и практики явилось создание мноосевой классификации психических расстройств детского и подросткового возраста. Впервые данные, свидетельствующие о полезности многоосевого подхода для классификации психических расстройств детского возраста были представлены M.Rutter с соавт. на семинаре ВОЗ еще в 1969 г. [9]. В 1975 г. ВОЗ опубликовала отчет о пробном использовании 4-осевой классификации (психопатологические синдромы – уровень интеллектуального функционирования – соматическое состояние – факторы окружающей среды). В 1975 г. эта многомерная модель с добавлением оси специфических нарушений развития была введена в психиатрическую практику в Англии.

В 1980-х гг. в связи с подготовкой МКБ-10 была создана рабочая группа, целью которой стала переработка психосоциальной оси в соответствии с принципами, которые использовались в МКБ-10 для классификации психических расстройств. Результатом всей этой работы стало создание многомерной классификации психических расстройств детского и подросткового возраста, основанной на МКБ-10 и использующей ее многомерную структуру [5]. Клинические испытания этого инструмента были проведены почти в 40 странах мира. В работе над ним приняли участие такие известные детские психиатры современности, как проф. сэр М. Раттер (M.Rutter), проф. Ф.Пустка (F.Poustka), проф. М.Шмидт (M.H.Shmidt) и другие, координацию этой огромной работы со стороны ВОЗ осуществлял д-р Дж.Орли.(J.Orley)

4. Что представляет собой многоосевая версия МКБ-10 для детского и подросткового возраста и как ею пользоваться

При работе с многоосевой классификацией необходимо соблюдать **три основных правила** [5]:

- кодировать стандартное, заранее заданное число диагностических элементов, каждому из которых соответствует отдельная ось;
- эти коды должны всегда относиться к одним и тем же элементам диагноза;
- эти единицы (коды) должны ставиться в одинаковом порядке.

При этом каждый основной элемент диагноза регистрируется на отдельной оси, и в каждом случае отмечается хотя бы один код. Для всех осей предусмотрен код отсутствия патологии – на 1-4 осях это отмечается кодом «XX», на 5-й оси – «00», на 6-й оси – «0».

Важно отдавать себе отчет в том, что этот подход основан на консенсусе (соглашении) специалистов и является **описательным, прагматическим и атеоретическим,** поэтому может использоваться психиатрами с любой теоретической ориентацией – биологической, психоаналитической (психодинамической), психосоциальной, когнитивной и т.д. Цель многомерного подхода состоит не в доказательстве правильности тех или иных взглядов и теорий, а в регистрации различных данных вне зависимости от того, считает ли их психиатр имеющими прямое отношение к заболеванию пациента или нет. Прикладная же цель многомерного подхода состоит в том, чтобы служить основой для оказания мультидисциплинарной помощи, ориентированной на проблемы данного ребенка в данных условиях, при данных обстоятельствах и ресурсах, что для пациента и его семьи является куда более ценным, чем лечение того или иного заболевания «в общем виде».

Многоосевая версия МКБ-10 для детского и подросткового возраста включает в себя шесть осей, которые мы далее и рассмотрим.

Ось I. Клинические психопатологические синдромы. Включает разделы главы V МКБ-10 «Психические и поведенческие расстройства», за исключением разделов специфических нарушений психического развития – F80- F83 и F88-F89, которые включены в Ось II, а также кодов умственной отсталости F7, составивших отдельную Ось III; раздел F84 – Общие расстройства развития включен в Ось I. Такая группировка, отличная от «взрослой» МКБ-10 отражает специфику психических расстройств детского возраста и соответствует особенностям работы детского психиатра.

Порядок кодов Оси I также отражает возрастную специфику и отличается от «взрослого»: сначала идет раздел F84 «Общие расстройства развития», затем разделы F90-F98 «Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возраста», и лишь после этого разделы «взрослого» варианта главы V МКБ-10 – от F00-F09 «Органические, включая симптоматические психические расстройства» подряд вплоть до F60-F69 «Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых». Раздел расстройств личности и поведения у взрослых включен полностью из-за возможности его применения в позднем подростковом возрасте.

Цифровые коды, описания диагностических критериев и категорий остались теми же, что и во «взрослом» варианте классификации.

Код XX ставится при отсутствии психопатологических расстройств, соответствующих категориям Оси I.

В заключение описания Оси I приведем последовательный перечень ее категорий в наглядном виде [5].

Ось I. Клинические психопатологические синдромы

XX Без психических расстройств

F84 Общие расстройства развития

F90-F98 Поведенческие и эмоциональные расстройства, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте
F90 Гиперкинетические расстройства
F91 Расстройства поведения
F92 Смешанные расстройства поведения и эмоций
F93 Эмоциональные расстройства, обычно начинающиеся в детском возрасте
F94 Расстройство эмоционального функционирования, обычно начинающееся в детском возрасте
F95 Тикозные расстройства
F98 Другие поведенческие и эмоциональные расстройства, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте

F00-F09 Органические, в том числе симптоматические психические расстройства … и далее тексту «взрослой» МКБ-10, раздел V вплоть до F69.

Ось II.Специфические расстройства психического развития. Включает разделы F80-F83 и F88-F89 главы V МКБ-10. Кодирование по этой оси является описательным, а не этиологическим – то есть задержки при расстройствах психического развития необходимо кодировать независимо от их происхождения (за исключением тех, которые можно полностью отнести за счет некачественного школьного обучения). Поэтому если, например, ребенок с ранним аутизмом обнаруживает расстройство развития речи, то оно кодируется по данной оси. В то же время общее отставание в развитии ребенка, являющееся проявлением умственной отсталости, если оно по степени тяжести примерно соответствует отставанию других когнитивных функций должно по данной оси обозначаться кодом XX (Без специфической задержки).

Ось III. Уровень интеллекта. Содержит коды и категории разделов F70-F79 главы V МКБ-10. Кодирование по этой оси является описательным и не включает в себя данных относительно этиологии и прогноза – то есть если уровень интеллекта человека снижен, то это необходимо отметить с помощью кодирования по данной оси независимо от того, является ли умственная отсталость

следствием общего расстройства развития, социокультуральных условий или хромосомных аномалий.

Коды Оси III являются параллельными кодам F70-F79 «взрослой» МКБ-10, однако определяются более строго – на основании психометрической или клинической оценки независимо от уровня социального функционироования.

Для уровня интеллекта в пределах нормы используется код XX.

Ось IV. Соматическое состояние. По этой оси кодируются соматические расстройства, которые обнаруживаются у пациента в данное время независимо от мнения врача о наличии причинно-следственной связи с психическим расстройством. Заболевания и травмы, перенесенные в прошлом не должны регистрироваться. Для обозначения заболеваний используются коды из других (кроме V) разделов МКБ-10. В классификацию психических расстройств детского и подросткового возраста включен краткий перечень соматических состояний, которые с большей частотой встречаются в работе детского психиатра. Случаи умышленных самоповреждений следует также отмечать по этой оси, используя дополнительные X-коды (X60-X84) из главы XX МКБ-10.

Ниже выборочно приведены коды некоторых соматических нарушений из разных глав МКБ-10, которые могут встречаться в практике детского психиатра.

E01 Расстройства функции щитовидной железы и другие родственные состояния, связанные с дефицитом йода
E02 Субклинический йододефицитный гипотиреоз
E05 Тиреотоксикоз (гипертиреоз)
E10 Инсулин-зависимый сахарный диабет
E22.1 Гиперпролактинемия
E23 Гипофункция и другие нарушения деятельности гипофиза
E30.0 Задержка полового созревания
E30.1 Преждевременное половое созревание
E64 Последствия недостаточного или неправильного питания и других видов дефицита питательных веществ
E66 Ожирение
E70.0 Классическая фенилкетонурия
G09 Последствия воспалительных заболеваний ЦНС
G21.0 Злокачественный нейролептический синдром
G21.1 Другой вторичный паркинсонизм, вызванный приемом лекарственных препаратов
G24.0 Дистония, вызванная лекарственными препаратами
G24.8 Другие виды дистонии, включая позднюю дискинезию
G25 Другие экстрапирамидные и двигательные расстройства, включаются: синдром беспокойных ног, лекарственный тремор, миоклония, хорея, тики

G40.0 Локальная (фокальная) (парциальная) идиопатическая эпилепсия с эпилептические синдромы с припадками локального происхождения
G40.1 Локальная (фокальная) (парциальная) симптоматическая эпилепсия и эпилептические синдромы с простыми парциальными припадками
G40.2 Локальная (фокальная) (парциальная) симптоматическая эпилепсия и эпилептические синдромы со сложными парциальными припадками
G40.3 Генерализованная идиопатическая эпилепсия и эпилептические синдромы
G40.6 Большие судорожные припадки, неуточненные
G40.7 Малые припадки, неуточненные, без больших судорожных припадков
G47.2 Расстройства ритма сна-бодрствования
G47.4 Нарколепсия и катаплексия
G80 Детский церебральный паралич
G91 Гидроцефалия
G92 Токсическая энцефалопатия
G93.3 Астенический синдром после перенесенной вирусной нейроинфекции
G93.4 Энцефалопатия, неуточненная
J11 Грипп, вирус не выделен
J45 Астма
K30 Диспепсия
K58 Синдром раздраженной толстой кишки
L22 Пеленочный (подгузниковый) дерматит
L23 Аллергический контактный дерматит
P96.1 Абстинентные симптомы у новорожденных от матерей, употребляющих наркотики
Q86.0 Алкогольный синдром плода
Q90 Синдром плода
Q91 Синдром Эдвардса и синдром Патау
Q96 Синдром Тернера
R55 Синкопе и коллапс
R56.0 Фебрильные судороги
R62.0 Задержка этапа развития
R63.0 Анорексия
R63.4 Патологическая потеря массы тела
R63.5 Патологическая прибавка массы тела
R78 Обнаружение при лабораторном исследовании наркотиков и других веществ, обычно не выявляемых в крови
R94.0 Аномальная ЭЭГ
S06.0 Сотрясение головного мозга
S06.1 Травматический отек головного мозга
S06.3 Очаговая травма головного мозга
X70 Намеренное самоповреждение путем повешения, удавления или удушения
X78 Намеренное самоповреждение острыми предметами

X80 Намеренное самоповреждение падением с высоты
X81 Намеренное самоповреждение падением под движущийся объект

Ось V. Сопутствующие аномальные психосоциальные ситуации. Цель этой оси – кодирование различных аномальных психосоциальных ситуаций, которые могут играть роль в качестве причины того или иного психического расстройства или иметь значение при планировании его лечения и оказания помощи. Введение этой оси и диагностических критериев в детской психиатрии чрезвычайно важно, поскольку роль этой группы факторов при оказании психиатрической помощи детям и подросткам очень велика – часто куда больше, чем факторов биологических. Поэтому учитывать и кодировать эти ситуации необходимо и в тех случаях, если врач и не считает, что обнаруживается причинно-следственная связь между ними и психическими расстройствами. Необходимо также отметить, что временн**ы**е рамки здесь не установлены – кодирование по этой оси распространяется на события всей жизни пациента и врачу следует самому принимать решение, какой период времени следует при этом учитывать.

В список кодируемых категорий входят Z-коды главы XXI МКБ-10. Классификация (в отличие от «взрослого» варианта) содержит подробные описания перечисленных в ней психосоциальных ситуаций и факторов, а также их подробные диагностические критерии. Отсутствие факторов по этой оси обозначается как 00.

Приводим факторы этой оси, часто встречающиеся в работе детского психиатра с указанием для них Z-кодов главы XXI.

1. Аномальные отношения в семье
1.0 Недостаточность эмоционального тепла в отношениях между родителями и детьми (Z62.4)
1.1 Конфликтные отношения между взрослыми в семье (Z63.8)
1.2 Враждебное отношение к ребенку или присвоение ему постоянной роли «козла отпущения» (Z62.3)
1.3 Физическое насилие в отношении ребенка (Z61.6)
1.4 Сексуальное насилие (в семье) (Z61.4)
1.8 Другие аномальные внутрисемейные отношения

2. Психическое расстройство, отклонения или нетрудоспособность в группе первичной поддержки ребенка (Z58.8 + Z63.8)
2.0 Психическое расстройство/ отклонение у родителей
2.1 Нетрудоспособность/ физический недостаток у родителей
2.2 Нетрудоспособность у сиблинга
2.8 Другое

3. Неадекватное или искаженное общение в семье (Z63.8)

4. Аномальные качества воспитания
4.0 Родительская гиперопека (Z62.1)
4.2 Социальная депривация (Z62.5)
4.3 Неадекватное родительское давление (Z62.5)
4.8 Другое (Z62.8)

5. Аномалии ближайшего окружения
5.0 Воспитание в учреждении (Z62.2)
5.1 Ситуация воспитания в аномальной семье (Z80.1)
5.2 Изолированная семья (Z60.8)
5.3 Бытовые условия, создающие потенциально опасную психологическую ситуацию (Z59.1)
5.8 Другое (Z60.8)

6. Неблагоприятные события жизни
6.0 Утрата в детстве отношений любви и привязанности (Z61.0)
6.1 Изъятие из семьи, создающее значительную контекстуальную угрозу (Z61.1)
6.2 Негативные изменения модели отношений в семье (Z61.2)
6.3 События, обусловившие утрату чувства собственного достоинства (Z61.3)
6.4 Сексуальное насилие (вне семьи) (Z61.5)
6.5 Переживание сильного страха (Z61.7)
6.8 Другое (Z61.8)

7. Социальные стрессовые события
7.0 Пребывание в качестве объекта дискриминации и преследования (Z60.5)
7.1 Миграция или социальная трансплантация (Z60.3)

8. Хронический межличностный стресс, связанный с учебой или работой (Z55 относится к учебе, Z56 – к работе)
8.0 Конфликтные отношения отвержения со стороны сверстников (Z55.4; Z56.4)
8.1 Присвоение по воле учителей или начальства постоянной роли «козла отпущения» (Z55.4; Z56.4)
8.2 Напряженная ситуация в школе/ на работе (Z55.8; Z56.7)
8.8 Другое

9. Стрессовые события/ ситуации, обусловленные расстройством/ дисфункцией у ребенка (Z72.8)
9.0 Воспитание в учреждении
9.1 Изъятие из семьи, создающее значительную контекстуальную угрозу
9.2 События, обусловившие утрату чувства собственного достоинства.
9.8 Другое

Ось VI. Общая оценка нарушения психосоциальной продуктивности. Данная ось отражает успешность психического, социального и трудового функционирования пациента на момент проведения оценки – при этом отмечается ***самый низкий уровень функционирования пациента за последние 3 месяца перед обследованием.*** Необходимо регистрировать снижение качества психосоциального функционирования не по любым причинам, а только вследствие нарушений, относящихся к Оси I (психические расстройства), Оси II (специфические расстройства психического развития) и Оси III (умственная отсталость). Не следует кодировать нарушений функционирования вследствие физических (соматических) или внешних (средовых) ограничений.

Оценка базируется на данных о характере отношений ребенка с родителями, сиблингами, учителями и другими взрослыми, выполнении семейных и бытовых обязанностей в соответствии с возрастом, поддержании навыков личной гигиены, овладении школьной программой, способности формировать отношения со сверстниками, наличии друзей, разнообразии увлечений и интересов в свободной время, способности преодолевать возникающие психосоциальные трудности и конфликты и т.д.

Оценка проводится с использованием следующих категорий.

0 Отличное/ хорошее социальное функционирование – отличное или хорошее функционирование во всех социальных областях; хорошие межличностные отношения с семьей, сверстниками и взрослыми вне семьи; эффективное преодоление всех социальных ситуаций, с которыми приходится сталкиваться; разнообразие занятий и интересов в свободное время.

1 Удовлетворительное социальное функционирование – среднее по качеству функционирование с периодическими незначительными затруднениями в одной или двух областях (функционирование в одной или двух других областях может быть отличным).

2 Легкое нарушение социальной продуктивности – адекватное функционирование в большинстве областей при наличии небольших трудностей по меньшей мере в одной или двух областях (в дружеских отношениях, ограничении социальной активности /интересов, семейных отношениях, менее эффективном функционировании или отношениях со взрослыми вне семьи).

3 Умеренное нарушение социальной продуктивности – умеренное нарушение продуктивности по меньшей мере в одной или двух областях.

4. Серьезное нарушение социальной продуктивности – существенное нарушение продуктивности по меньшей мере в одной или двух областях (например, существенная ехватка друзей, неспособность справиться с новыми социальными ситуациями или невозможность посещения школы).

5. Серьезное общее нарушение социальной продуктивности – серьезное нарушение продуктивности в большинстве областей.

6. Неспособность к продуктивному функционированию в большинстве областей – ребенок для поддержания повседневного функционирования нужда-

ется в текущем надзоре или заботе со стороны других людей; отсутствие способности справляться самостоятельно.

7. Тяжелое общее нарушение социальной продуктивности – ребенок периодически не в состоянии поддерживать элементарную личную гигиену, или нуждается в постоянном присмотре во избежание нанесения вреда себе или другим, или у него имеется тяжелое нарушение всех возможных способов общения.
8. Глубокое общее нарушение социальной продуктивности – постоянная неспособность поддерживать личную гигиену, или постоянный риск нанесения тяжелого вреда себе или другим, или полное отсутствие общения.

5. Заключение

Таким образом, многоосевая классификация психических расстройств детского и подросткового возраста довольно проста, понятна и практична. Она обладает целым рядом важных преимуществ перед классификацией одномерной – позволяет учитывать большое количество индивидуальных особенностей пациента, психосоциальных и средовых факторов, оценивать уровень функционирования ребенка, характер его взаимоотношений с окружающими и многие другие факторы, оказывающие влияние на возникновение и течение болезни. Если прежние одномерные классификации были в куда большей степени сконцентрированы на собственно болезненном процессе и представляли собой преимущественно «диагноз заболевания», то обсуждаемая здесь классификация является «диагнозом пациента» - то есть сконцентрирована на описании ребенка с тем или иным психическими расстройством расстройством во всем многообразии факторов его индивидуальной истории, биологической «почвы», семейного и социального окружения, особенностей функционирования и т.д.

Наконец, новая классификация служит основой для перехода к мультидисциплинарным формам оказания психиатрической помощи, что является одной из важнейших тенденций развития современной психиатрии во всем мире. При этом нет сомнения в том, что для пациентов детского и подросткового возраста ценность мультидисциплинарных (бригадных) форм помощи в сравнении со взрослыми еще более возрастает, поскольку роль специалистов из смежных с психиатрией дисциплин в лечебном процессе куда более значительна. Данная классификация, кроме того, устанавливает принципиально другой стиль отношений между участниками лечебного процесса – а именно партнерство и разделение ответственности между психиатром, другими членами мультидисциплинарной бригады, пациентом и членами его семьи, при котором последние выполняют свою часть работы в областях, относящихся к их компетенции.

По всем этим причинам обсуждаемая здесь классификация является не просто еще одним пособием для статистического анализа либо выражением взглядов тех или иных авторов, а ***методологической основой для реформирования всей системы психиатрической помощи.*** Ее внедрение будет способствовать гораздо более полному, чем сегодня, удовлетворению нужд наших па-

циентов, их семей и общества в целом, как и приближению психиатрической помощи детям в нашей стране к современным международным стандартам.

Изучение же этой классификации и овладение навыками ее практического использования для отечественных специалистов является сегодня важным индикатором их профессионального уровня.

Список литературы

1. Евсегнеев Р.А. Переход белорусской психиатрии на МКБ-10: первые итоги. – Мед. панорама. – 2003. - №10 (35). – с. 8-11.
2. Евсегнеев Р.А. Многоосевая форма Международной классификации психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра (МКБ-10, раздел V). - Методич. рекомендации. – Минск, БелМАПО, 2010. – 13 с.
3. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями /Сост. Дж.Э.Купер. Пер. с англ. Д.Полтавца. – К.: Сфера, 2000. – 464 с.
4. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике /Под ред. Ю.Л.Нуллера и С.Ю.Циркина. – ВОЗ – СПб.: «АДИС», 1994. – 303 с.
5. Многоосевая классификация психических и поведенческих расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10. – М.: Смысл; СПб.: Речь, 2003. – 407 с.
6. Мэш Э., Вольф Д. Детская психопатология. Нарушения психики ребенка: Пер. с англ. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК.- 2003. – 522 с.
7. Руководство по использованию классификации психических и поведенческих расстройств в клинической практике /Под общ. ред. проф. В.А.Абрамова. – Донецк: КИТИС, 2000. – 346 с.
8. Diagnostic and statistic manual of mental disorders. – 4th ed. – Washington: American Psychiatric Association. – 1994.- 358 p.
9. Rutter M., Lebovici L., Eisenberg L. e.a. A tri-axial classification of mental disorders in childhood. – Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 1969. – vol.10. – p.41-61.

Учебное издание

Евсегнеев Роман Александрович

Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте по МКБ-10

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск Р. А. Евсегнеев

Подписано в печать 25. 06. 2013. Формат 60x84/16. Бумага потребительская.
Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».
Печ. л. 1,19. Уч.- изд. л. 0,86. Тираж 100 экз. Заказ 160.
Издатель и полиграфическое исполнение –
Белорусская медицинская академия последипломного образования.
ЛВ № 23 от 27.01.2004. 220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3.