

Диагностика шизофрении в России: результаты онлайн-опроса врачей-психиатров

Часть 1. Использование МКБ-10

Н.Г. Незнанов^{1, 2}, И.А. Мартынихин², С.Н. Мосолов³

¹ Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

² Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова Минздрава России, кафедра психиатрии и наркологии, Санкт-Петербург, Россия

³ Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии Минздрава России имени В.П. Сербского», Москва, Россия

РЕЗЮМЕ.

Опубликованное более четверти века назад диагностическое руководство к главе «Психические и поведенческие расстройства» Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) содержало существенные для того времени нововведения. В масштабном онлайн-опросе, организованном Российским обществом психиатров (РОП), предпринята попытка на примере диагностики шизофрении оценить, как подходы МКБ-10 в настоящее время используются в практической работе врачей-психиатров в нашей стране.

Методы. Анкета опроса была распространена через сайт РОП. Участниками опроса стали 807 психиатров из 78 регионов России. Медианный стаж работы по специальности 15 лет. 33 % участников – работники стационарной службы, 39 % – амбулаторно-консультативной, 25 % – научно-педагогический и административный состав.

Результаты. 96 % респондентов в своей работе с больными шизофренией используют коды МКБ-10, но только 14 % сверяется с диагностическим руководством МКБ-10 в каждом случае. Большинство делает это только в диагностически сложных ситуациях. Оценка респондентами удобства использования перечня диагностических критериев шизофрении МКБ-10 по пятибалльной шкале составила 3,44 балла, а его соответствие их клинической практике – 3,66 балла (респонденты, работавшие в больницах, дали более высокую оценку, чем прочие участники опроса). Тем не менее в отношении конкретных пунктов перечня диагностических критериев шизофрении большинство (67 %) ответов респондентов оказалось за сохранение списка диагностических критериев шизофрении в его текущем виде, чем за их удаление или переформулировку (28 %). Только 11 % респондентов высказались за более обобщенную формулировку критериев (по аналогии с критериями DSM), чем в перечне МКБ-10, 68 % респондентов были против этого из-за возможной потери специфичности. Наибольшие разногласия среди участников опроса выявлены в отношении диагностического значения негативной симптоматики: 51 % респондентов признают негативные симптомы облигатными симптомами шизофрении, 46 % – нет. Социальные факторы (в том числе стигматизация диагноза, необходимость социальных льгот для пациента и пр.) оказывают существенное влияние на диагностику шизофрении. Доверие к лично установленным диагнозам у респондентов оказалось существенно выше, чем к диагнозам коллег.

Выводы. Несмотря на повсеместное использование диагнозов МКБ-10, диагностическим руководством к ней при диагностике шизофрении отечественные психиатры пользуются в большей степени формально, невысоко оценивая его качество. Выявленные существенные различия в подходах, используемых для диагностики шизофрении в нашей стране, свидетельствуют о важности развития системы непрерывного медицинского образования для повышения согласованности диагностических оценок.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: шизофрения, клиническая диагностика, МКБ-10, МКБ-11, опрос врачей, Российское общество психиатров.

КОНТАКТ: iam@s-psy.ru

Базовые принципы построения классификации и диагностических руководств к главе психических расстройств Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), принятые Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 1990 году [1], содержали существенные нововведения по сравнению с МКБ-9 и отечественными классификациями того времени [2]. В известной степени в МКБ-10 была проведена ревизия доминировавшего до этого нозологического подхода с переходом к операциональным синдромальным критериям. Новые положения МКБ-10 стали объектом критики со стороны многих российских психиатров, которая не прекращает звучать до настоящего времени (публикаций с критикой подходов МКБ-10 столь много, что приводить здесь их список было бы затруднительно. В качестве отдельных примеров можно привести [3–5].

Неоднозначная реакция российских психиатров на изменение подходов к диагностике психических расстройств делает актуальными два основных

аспекта проблемы внедрения в России международных диагностических критериев. Первый аспект в большей мере практический: соответствует ли диагностика психических расстройств в нашей стране «общепризнанным мировым стандартам» [6] и можно ли сопоставлять данные российской государственной статистики о заболеваемости теми или иными психическими расстройствами со статистикой других стран? С 1999 года приказом Министерства здравоохранения медицинские организации Российской Федерации были переведены на использование МКБ-10 «при формировании статистической отчетности» [7], а следовательно, публикуемая государственная статистика заболеваемости психическими расстройствами в России, как и в большинстве стран мира, с этого времени основана на диагнозах МКБ-10. Однако вопрос о том, насколько полно врачи в нашей стране следуют критериям диагностических руководств к МКБ-10 на практике, до настоящего времени остается открытым. Второй аспект больше теоретический: как достичь единообразия

взглядов и подходов к диагностике психических расстройств? Проблема низкой надежности диагностики психических расстройств (надежность диагностики представляет собой степень, с которой процедуры измерения или оценки дают одинаковые результаты при своем повторении в разное время или разными специалистами [8]) стала приобретать все большее значение уже с середины XX века. Увеличивающееся число научных школ и авторских классификаций привело к тому, что психиатры говорили на разных языках, и это создавало трудности как при интерпретации данных научных исследований, так и в практической работе врачей [9]. В 1960–1970-х годах для преодоления этой проблемы начали создавать новые классификации, сперва снабженные дефинициями, а затем и диагностическими руководствами, в том числе включающие перечни критериев. Совершенствование диагностических указаний двух основных классификаций – МКБ и DSM (Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам Американской психиатрической ассоциации) – позволило продемонстрировать в специально организованных исследованиях существенное улучшение надежности диагностики психических расстройств [10, 11]. Однако означает ли использование одного и того же диагностического руководства разными врачами одинаковое понимание (концептуализацию) ими той или иной болезни? Насколько различия в подходах к диагностике при этом могут сохраняться и как они связаны с особенностями образования и клинического опыта? Кроме того, в свете подготовки следующего, 11-го, пересмотра МКБ, необходима оценка утилитарных свойств существующего формата диагностических руководств, созданных для главы V МКБ-10, т. е. удобства их практического применения. Если ставить задачу повышения надежности диагностики в Российской Федерации, требуется выделить те аспекты диагностики, которым необходимо уделить особое внимание при подготовке учебных материалов, клинических рекомендаций и адаптаций диагностических руководств МКБ к отечественным условиям. Не менее важно в этой связи и мнение наших коллег касательно целесообразности создания собственной, «отечественной», классификации психических расстройств, независимой от международной классификации.

Эти вопросы побудили нас к проведению под эгидой Российского общества психиатров (РОП) серии масштабных всероссийских онлайн-опросов врачей-психиатров, посвященных диагностике психических расстройств в нашей стране. Результаты первого такого опроса в отношении тревожных расстройств были уже опубликованы нами ранее [12]. Настоящая публикация касается результатов части опроса о диагностике шизофрении и посвящена использованию МКБ-10 и общих критериев диагностики шизофрении. Отдельные публикации будут посвящены диагностике форм и типов течения шизофрении, терапевтическим аспектам, дифференциальной диагностике и оценке различий во взглядах на диагностику шизофрении специалистов, работающих в разных клинических условиях.

Выбор шизофрении в качестве темы опроса неслучаен. Несмотря на многочисленные и всесторонние поиски причин шизофрении и исследования ее нейробиологии, до настоящего времени не найдены надежные и чувствительные биологические маркеры, которые можно было бы использовать для диагностики шизофрении в практической работе [13, 14]. В связи с этим диагностика этого расстройства по-прежнему базируется исключительно на клинических критериях. Однако подходы к концептуализации шизофрении, а вместе с ними и критерии ее клинической диагностики на протяжении десятилетий трансформируются в разных направлениях, отражая, с одной стороны, стремление к повышению надежности диагностики, с другой – сомнения в валидности имеющихся критериев по отношению к внутренней биологической сущности шизофрении как болезни [15]. Поэтому проблема диагностики шизофрении является предметом непрекращающихся дебатов, а с учетом большой социальной значимости этого расстройства она по-прежнему остается одной из центральных проблем психиатрии.

В диагностическом руководстве к главе V МКБ-10 отмечено, что клинические проявления шизофрении включают разнообразные нарушения многих психических процессов, и, хотя для нее «нет четких патогномоничных симптомов», в русле общих принципов построения МКБ-10 приведены девять «групп симптомов», «имеющих особую важность для диагностики и часто наблюдающихся совместно», а также ряд условий диагностики. Для сопоставления в таблице

Таблица. Диагностические перечни шизофрении в МКБ-10 [1], DSM-5 [16] и проекте МКБ-11 [17]

МКБ-10 – общие критерии диагностики рубрики F20 (Шизофрения)

Наличие как минимум одного четкого симптома (или двух менее отчетливых симптомов), принадлежащего к группе а–г, или двух симптомов из д–и:

- а) эхо мыслей, вкладывание или отнятие мыслей, их радиовещание (открытость);
- б) бред воздействия, влияния или пассивности, отчетливо относящийся к движениям тела или конечностей или к мыслям, действиям или ощущениям; бредовое восприятие;
- в) галлюцинаторные голоса, представляющие собой текущий комментарий поведения больного или обсуждение его между собой; другие типы галлюцинаторных голосов, исходящих из какой-либо части тела;
- г) стойкие бредовые идеи другого рода, которые неадекватны для данной социальной культуры и совершенно невозможны по содержанию, такие как идентификация себя с религиозными или политическими фигурами, заявления о сверхчеловеческих способностях (например, о возможности управлять погодой или об общении с инопланетянами);
- д) постоянные галлюцинации любой сферы, которые сопровождаются нестойкими или не полностью сформированными бредовыми идеями без четкого эмоционального содержания, или постоянные сверхценные идеи, которые могут появляться ежедневно в течение недель или даже месяцев;

е) прерывание мыслительных процессов или вмешивающиеся мысли, которые могут привести к разорванности или несообразности в речи; или неологизмы; ж) кататонические расстройства, такие как возбуждение, застывания или восковая гибкость, негативизм, мутизм и ступор; з) «негативные» симптомы, такие как выраженная апатия, бедность речи, сглаженность или неадекватность эмоциональных реакций, что обычно приводит к социальной отгороженности и снижению социальной продуктивности; должно быть очевидным, что эти признаки не обусловлены депрессией или нейролептической терапией; и) значительное и последовательное качественное изменение поведения, что проявляется утратой интересов, нецеленаправленностью, бездеятельностью, самопоглощенностью и социальной аутизацией
Критерии должны отмечаться на протяжении большей части эпизода длительностью один месяц или более (без учета продромальных явлений)
DSM-5 – Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам пятого пересмотра Американской психиатрической ассоциации
А. Два или более из следующих признаков, каждый из которых присутствует значительный период времени на протяжении не менее 1 месяца (или меньше в случае успешного лечения). Один из признаков 1, 2 или 3 – обязательно: 1. Бред 2. Галлюцинации 3. Дезорганизация речи (например, частые смысловые соскальзывания и бессвязность) 4. Грубо нарушенное или дезорганизованное поведение 5. Негативные симптомы (т. е. сниженная эмоциональная выразительность и безволие)
В. Значительную часть времени после манифестации нарушений наблюдается значимое снижение уровня функционирования в одной или более основных областей, таких как работа, межперсональное взаимодействие или самообслуживание по сравнению с уровнем, достигнутым до манифестации нарушений
С. Продолжающиеся признаки нарушений присутствуют не менее 6 месяцев. Этот 6-месячный период должен включать не менее 1 месяца симптомов (или менее в случае успешного лечения), соответствующим критериям А (т. е. симптомы активной фазы), и может включать периоды продромальной и резидуальной симптоматики. В течение этих продромальных или резидуальных периодов нарушения могут быть представлены только негативными симптомами или двумя или более симптомами, перечисленными в критериях А, в стертой форме (например, странные убеждения, опыт необычного восприятия)
Проект МКБ-11 (по состоянию на 27.08.2018)
Как минимум 2 из следующих симптомов должны быть представлены (по отчету пациента или через наблюдение клинициста или других информаторов) большую часть времени в течение 1 месяца или более. Как минимум 1 симптом должен быть из числа первых четырех пунктов списка: • Персистирующий бред (например, бред величия, отношения, преследования). • Персистирующие галлюцинации (наиболее часто слуховые, хотя могут быть любой другой модальности). • Дезорганизация мышления (формальные нарушения мышления) (например, ответы по касательной или потеря ассоциаций, нерелевантная речь, неологизмы). В тяжелой степени речь может быть бессвязной до невозможности ее понимания («словесная крошка»). • Переживания воздействия, овладения или внешнего контроля (например, переживания, что мысли и действия не принадлежат себе, а вкладываются извне или отнимаются другими, или что мысли открыты другим). <i>Отметьте:</i> бредовая интерпретация этих феноменов должна оцениваться как первый пункт списка. ○ Негативные симптомы такие как аффективное уплощение, алогия, бедность речи, безволие, асоциальность и ангедония. <i>Отметьте:</i> должно быть ясно, что эти симптомы не вызваны расстройствами настроения или употреблением ПАВ или лекарств. ○ Грубо дезорганизованное поведение, которое может быть отмечено в любой форме целенаправленной активности (например, поведение, которое представляется нелепым или лишенным цели, непредсказуемые или неадекватные эмоциональные реакции, которые влияют на организацию поведения). ○ Психомоторные нарушения, такие как кататоническое возбуждение, застывания, восковая гибкость, негативизм, мутизм или ступор

приведены критерии диагностики шизофрении клинического руководства МКБ-10, критерии диагностики шизофрении в DSM-5 [15], а также в проекте МКБ-11 [16].

Методология и участники исследования

Анкета опроса была разработана в системе для проведения научных онлайн-опросов SoSci Survey (soscisurvey.de). Анкета состояла из 52 основных вопросов, некоторые из них включали несколько частей. Таким образом, всего перед респондентами было поставлено 93 вопроса. Вопросы были представлены разными типами (единственный, множественный выбор, рейтинг, оценка, визуально-аналоговые шкалы и пр.), в том числе открытыми вопросами (например,

для дополнительных комментариев). Анкета содержала пять разделов: 1. Профессиональная подготовка и условия работы респондента; 2. Критерии диагностики шизофрении; 3. Клинические формы и типы течения шизофрении; 4. Дифференциальная диагностика; 5. Общая оценка диагностики.

Анкетирование проводилось в апреле-мае 2016 года. В первую очередь анкета была разослана в персональных письмах специалистам-психиатрам, зарегистрированным на сайте РОП (psychiatr.ru). Всего на момент опроса база адресов сайта РОП включала 2820 адресов электронной почты психиатров. В ответ на приглашение 616 респондентов приняли участие в опросе. Таким образом, отклик составил 22 %, что является приемлемым показателем для онлайн опросов такого типа. После окончания первой волны опроса общедоступная ссылка на анкету была размещена на сайте РОП и в ряде врачебных

социальных сетей. Во вторую волну в опросе принял участие еще 191 врач-психиатр. Таким образом, всего участниками опроса стали 807 российских врачей с базовой подготовкой по психиатрии. Ответы непсихиатров, полученные во вторую волну, не были включены в анализ.

Опрос был анонимным и не включал сбор персональных данных участников. Для обработки результатов использовался статистический пакет IBM SPSS Statistics, version 20 (IBM Corporation). При сравнении количественных переменных, не имеющих нормального распределения, между двумя группами респондентов применялся *U*-критерий Манна – Уитни для независимых выборок, между более чем двух групп респондентов – однофакторный дисперсионный анализ Краскала – Уоллиса, для двух связанных выборок – критерий знаковых рангов Вилкоксона для связанных выборок. Порог статистической значимости был принят на уровне $p < 0,05$.

Полностью завершил опрос (т. е. ответил на все вопросы анкеты, не учитывая пункты для дополнительных комментариев) 621 респондент (76 %), остальные 186 респондентов, включенных в анализ, дали ответы хотя бы на несколько ключевых вопросов анкеты. Среднее время, затраченное респондентами на опрос, составило 32 минуты.

Среди респондентов 80 % в качестве своей основной специальности показали «врач-психиатр», остальные – субспециальности психиатрии (6 % – психотерапевты, 5 % – наркологи, по 4 % – судебно-психиатрические эксперты и детские/подростковые психиатры). Среди участников опроса были представители 78 регионов Российской Федерации, но треть респондентов представляли Москву (22 %) и Санкт-Петербург (12 %). 33 % респондентов работали в стационарной службе, 39 % – в амбулаторно-консультативной, 25 % – представляли научно-педагогический и административный состав. Медианный стаж работы в психиатрии респондентов составил 15 лет (что соответствует началу работы в специальности в 2001 году). Среди респондентов было 52 % женщин. Большинство респондентов (72 %) не имели ученой степени, но также в опросе приняло участие 152 кандидата (19 %) и 69 докторов медицинских наук (9 %).

Подавляющее большинство респондентов (97 %) в течение года перед опросом проводило клиническую работу с больными психозами, а 83 % устанавливали диагноз первичным больным с шизофренией.

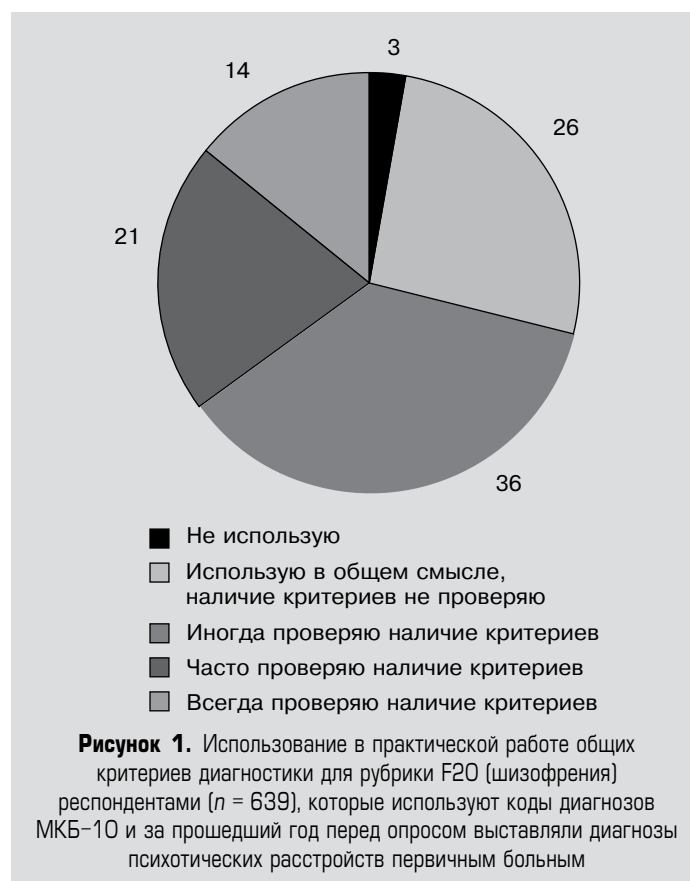
Результаты

1. Использование МКБ-10

Большинство респондентов (96 %) отметили, что используют в своей практической работе коды МКБ-10, при этом 86 % указали, что выставляют подробный (точный) диагноз и код расстройства, а 9 % – ограничиваются обобщенным диагнозом (например, F20 для шизофрении, без указания формы и типа течения). Для оценки особенностей работы респондентов с критериями раздела F20 в анкете был дополнительно предусмотрен ряд вопросов.

Во-первых, мы уточнили, как именно используются врачами перечни критериев МКБ на примере общих критериев диагностики шизофрении (F20). Совсем не обращались к критериям диагностики шизофрении среди тех, кто в своей работе выставлял коды диагнозов по МКБ-10 и за последний год имел практику постановки диагнозов психотических расстройств первичным больным, только 16 респондентов (3 %). Остальные респонденты (97 %) так или иначе использовали в своей работе данный перечень при диагностике шизофрении (см. рис. 1), при этом почти треть респондентов (29 %) никогда не сверяется с перечнем, чуть более трети (36 %) сверяется только иногда (в диагностически сложных случаях), и столько же (35 %) сверяется с перечнем на регулярной основе (часто или всегда).

Во-вторых, мы попросили респондентов оценить удобство практического использования перечня критериев диагностики шизофрении и его соответствие тем клиническим проявлениям этого расстройства, которые они наблюдают в своей практике. Удобство использования перечня критериев респонденты оценили в среднем по пятибалльной шкале на 3,44 балла. Различия в этой оценке между группами респондентов, работающих в разных клинических условиях, были незначимы. Немного лучше, чем удобство, было оценено соответствие перечня критериев клиническим проявлениям шизофрении у больных, наблюдаемых респондентами в своей работе (т. е. клиническая валидность критериев), этот параметр получил оценку в 3,66 балла. При этом врачи, работающие в стационарах, оценили соответствие перечня своей клинической



практике выше (3,75 балла), в амбулаторных условиях чуть ниже (3,64), а научно-педагогические и административные работники – еще ниже (3,56). Различия были статистически значимы ($p = 0,043$).

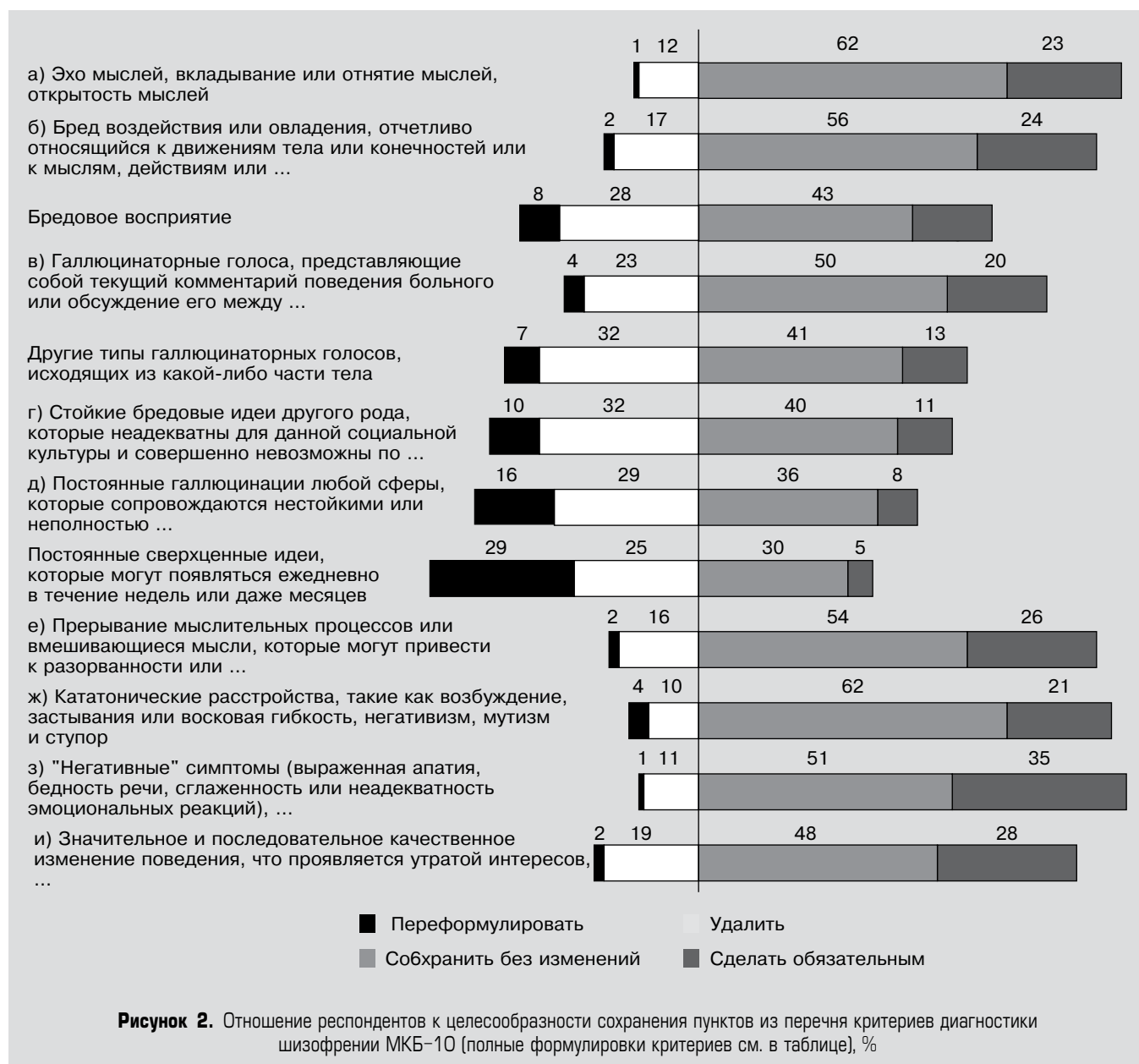
В-третьих, был задан вопрос об использовании других критериев диагностики (помимо МКБ-10) и классификаций шизофрении в своей практической работе. 19 % респондентов отметили, что используют только МКБ-10 (клиническая версия), остальные респонденты указали, что используют в своей работе и другие классификации и критерии. Так, 49 % респондентов (398 человек) указали, что используют классификацию шизофрении А.В. Снежневского. При этом в комментариях они отмечали, что подход А.В. Снежневского более привычен, прост, логичен, прогностически точен и «отражает ясную концепцию, а не перечень несвязанных пунктов». Далее по популярности шли критерии Э. Блейлера (32 %), К. Шнейдера (30 %), DSM-IV (20 %) и DSM-5 (11 %), по 13 % использовали другие версии диагностических руко-

водств к МКБ-10 (исследовательская версия, многоосевая классификация в детском и подростковом возрасте).

2. Оценка симптомов, включенных в перечень критериев диагностики шизофрении

На рис. 2 представлены мнения респондентов о целесообразности сохранения пунктов диагностического перечня шизофрении при пересмотре МКБ-10. Респондентам был предложен перечень критериев (в тех случаях, когда один пункт содержал несколько симптомов, такие пункты были разделены) и предложено выбрать один из вариантов ответа: удалить, переформулировать, сохранить без изменений или сделать обязательным.

В целом респонденты чаще (67 % ответов) высказывались за сохранение критериев в их нынешнем виде, чем за их удаление или изменение (28 % ответов). Большинство голосов за удаление или



переформулировку набрал только пункт перечня «д» – «постоянные галлюцинации любой сферы или стойкие сверхценные идеи...» (обе части). Большое число голосов «против» также получили «бредовое восприятие», «другие типы галлюцинаторных голосов, исходящих из какой-либо части тела» и полностью пункт «г» (стойкие бредовые идеи другого рода). Наибольшее число голосов за включение в перечень в качестве обязательных набрали пункты «з» и «и» (негативная симптоматика), а также «а» и «б» (психические автоматизмы и бред воздействия).

3. Общее отношение к перечням критериев

Для оценки отношения респондентов к возможностям формализации диагностики шизофрении и создания «идеального» перечня критериев в анкету был включен вопрос: «На Ваш взгляд, можно ли создать перечень четких и однозначных критериев, по которому можно было бы точно и удобно диагностировать шизофрению в практической работе в подавляющем большинстве случаев?». Ответы респондентов на этот вопрос разделились практически поровну (рис. 3): 50 % ответило, что это в целом возможно (в том числе 6 %, что такой перечень уже есть, при этом упоминали подходы к диагностике шизофрении Э. Блейлера, А.В. Снежневского, критерии МКБ и DSM) и 44 % – потенциально возможно, «нужно продолжить совершенствовать имеющиеся перечни критериев», а 48 % выбирали варианты ответов: «вряд ли возможно, так как перечень критериев, который будет подходить для большинства случаев, окажется слишком большим и неудобным в работе» (35 %) или «формализовать диагностику шизофрении принципиально невозможно» (13 %).

Для оценки взглядов респондентов на необходимую детализацию критериев диагностики шизофрении был задан вопрос о том, был бы правилен переход в новых диагностических руководствах на использование обобщенных критериев диагностики шизофрении вместо более подробных. Лишь 11 % респондентов высказались в пользу использования более обобщенных (а следовательно, подходящих большему числу больных, т. е. более чувствительных) критериев, 68 % респондентов были против этого в связи с возможной потерей специфичности критериев, а 18 % воздержались («преимущества и недостатки использования обобщенных критериев равны»).

4. Негативные симптомы шизофрении

Как было указано выше, в вопросе, касающемся перечня критериев диагностики, 35 % всех респондентов отметили, что негативные симптомы должны быть выделены как обязательные для диагностики шизофрении. Дополнительно более явно был сформулирован вопрос об облигатности негативной симптоматики: «Обязательно ли для Вас выявление негативных симптомов при диагностике шизофрении?». Отвечая на этот вопрос, аудитория респондентов вновь разделилась практически на две равные части: 51 % ответили, что негативная симптоматика обяза-



тельна для диагностики шизофрении, 46 % – что она не является обязательной.

Далее в другом разделе опроса (чтобы избежать влияния вопросов друг на друга) участников опроса попросили оценить, насколько они считают специфичными для шизофрении негативную симптоматику (симптомы эмоционально-волевого снижения) и объективными их клиническую оценку. Специфичность эмоционально-волевого снижения было предложено оценить по шкале с диапазоном от 0 («Абсолютно неспецифичны: очень часто наблюдаются в норме и при различных психических расстройствах») до 100 % («Абсолютно специфичны: встречаются только при шизофрении и никогда в норме и при других расстройствах»). В среднем респонденты оценили специфичность на 72,1 % ($SD = 19,6$; $n = 685$). Объективность оценки наличия и выраженности эмоционально-волевого снижения респонденты также оценивали по шкале с диапазоном от 0 % («Абсолютно субъективна: во всех случаях основана лишь на субъективных суждениях, впечатлениях, убеждениях врача») до 100 % («Абсолютно объективна: во всех случаях легко разграничивается с непатологическими состояниями по объективным признакам»). В среднем респонденты оценили объективность на 62,9 % ($SD = 20,4$; $n = 680$). Респонденты, которые считают негативную симптоматику облигатной, оценили ее специфичность и возможность ее объективной оценки выше, чем те, кто не считает ее таковой (77,0 ($SD = 17,0$) vs. 66,8 ($SD = 0,2$) и 66,4 ($SD = 9,9$) vs. 59,5 ($SD = 9,9$) соответственно. Различия были статистически значимы ($p < 0,0001$) по обоим показателям).

На вопрос о том, какие признаки эмоционально-волевого снижения респонденты считают наиболее

информативными для диагностики шизофрении, наиболее часто респонденты указывали такие симптомы, как апатия, абulia, аутизм, амбивалентность. Меньшая часть использовала описательные характеристики, такие как безразличие, равнодушие и др. При этом дезорганизацию мышления (смысловые соскальзывания, резонерство, разорванное мышление, неологизмы) значительная часть респондентов вслед за Э. Блейлером также относит к базисным расстройствам, характерным для шизофрении. Так, 67 % респондентов согласились с утверждением, что дезорганизация мышления является основным (базисным) необратимым нарушением при шизофрении (не согласились с этим утверждением лишь 25 % респондентов). А высокоспецифичной для шизофрении дезорганизацию мышления назвали 88 % респондентов (не согласились с этим лишь 8 %).

Несмотря на то что значимая часть респондентов считает негативную симптоматику важным диагностическим признаком шизофрении, анализ причин ее возникновения, проводят далеко не все участники опроса. Так, лишь 58 % респондентов подтвердили, что анализируют, является ли негативная симптоматика у больного первичной (обусловленной шизофренией) или вторичной (вызванной другими причинами – депрессией, лекарственным паркинсонизмом или госпитализмом).

5. Общие вопросы диагностики

Формат опроса, кроме собственно медицинских аспектов диагностики шизофрении, позволил оценить и немедицинские. С одной стороны, выяснилось, что социальные факторы могут приводить к существенным смещениям в диагностике. 85 % респондентов ответили, что в некоторых случаях не ставят диагноз шизофрении, чтобы не стигматизировать больных (из них 13 % делают это часто, а 8 % – очень часто). С другой стороны, 20 % респондентов отметили, что в некоторых случаях они, напротив, ставят диагноз шизофрении тем больным, у которых нет клиники шизофрении, но которые нуждаются в социальной помощи. 50 % респондентов отметили, что в некоторых случаях они намеренно утяжеляют тип течения и глубину дефекта больных для того, чтобы те получили льготы.

Признаком стигматизации диагноза шизофрении в глазах врачей также может являться то, что многие респонденты не называют истинных диагнозов своим больным с шизофренией: 11 % отметили, что никогда не называют истинного диагноза, 24 % – что называют редко и только 11 % отметили, что называют всегда.

Также респондентам была поставлена задача отметить на шкале от 0 до 100 % степень своей уверенности при ответе на следующие вопросы: «Насколько в целом Вы уверены в правильности и точности тех диагнозов шизофрении, которые Вам приходилось выставлять своим первичным больным?» и «Насколько Вы в целом склонны доверять диагнозу шизофрении, который выставили пациенту не Вы, а кто-то из Ваших коллег?». Средняя уверенность в «правильнос-

ти» собственных диагнозов шизофрении составила 74,7 % ($SD = 17,3$), средняя степень уверенности в диагнозах шизофрении, выставленных коллегами, составила 63,1 % ($SD = 9,5$). В целом врачи были значительно более уверены в правильности собственных диагнозов ($p < 0,0001$).

6. Ожидания от МКБ-11 и клинические рекомендации по диагностике шизофрении

За подготовкой МКБ-11 никак не следят 37 % респондентов, 42 % следят по отечественным публикациям, а 19 % – по международным. У 46 % респондентов позитивные ожидания от перехода на МКБ-11, у 28 % – негативные, 26 % затруднились ответить.

В отношении создания рекомендаций по диагностике шизофрении в Российской Федерации 35 % респондентов высказались за создание таких рекомендаций на основе отечественной классификации шизофрении, 45 % – за адаптацию международных классификаций (МКБ, DSM) и лишь 18 % – за использование МКБ без адаптации.

Обсуждение

Данный опрос стал одним из самых масштабных онлайн-опросов психиатров России, его участниками являются врачи, представляющие разные поколения, школы, регионы, работающие в самых разных клинических условиях и имеющие существенно различающуюся подготовку и опыт. Все это позволяет считать, что в ходе опроса был собран широкий спектр мнений наших коллег. Кроме того, необходимо отметить, что 50 % респондентов начали свою клиническую работу в психиатрии до 2001, а 50 % – после 2001. Процесс перехода на МКБ-10, официально начавшийся с 1999 года, шел постепенно и неравномерно, но можно достаточно определенно говорить, что психиатры, пришедшие в специальность после 2001 года, выставляли диагнозы психических расстройств уже только с использованием МКБ-10, тогда как те, кто начал работать до 2001 года, имеют опыт работы с предыдущими пересмотрами МКБ и отечественными классификациями.

Напротив, ограничением данного исследования, затрудняющим возможность напрямую экстраполировать его результаты на всех врачей-психиатров России, является характер привлечения участников опроса. Добровольность участия, интернет-опосредованность и приглашение через сайт Российского общества психиатров позволяют предполагать, что в опросе могла принять участие более молодая, лучше технически подготовленная и более заинтересованная в своем профессиональном развитии часть отечественных психиатров.

В отношении использования МКБ-10 проведенный опрос свидетельствует, что, с одной стороны, практически повсеместно психиатры в России используют в своей практической работе коды и формулировки диагнозов МКБ-10, с другой стороны – следование МКБ-10 носит больше формальный характер: треть респондентов никогда не сверяется с диагностическим руководством МКБ-10, еще

треть делает это только в сложных случаях. Кроме того, участники опроса невысоко оценивают содержание и утилитарные качества критериев диагностики шизофрении в МКБ-10 и часто ориентируются на другие (в том числе устаревшие) диагностические подходы, считая часть принципов, заложенных в МКБ, неверными (например, касательно факультативности негативной симптоматики при шизофрении).

Может ли тот факт, что значительная часть психиатров (две трети участников опроса) не сверяется с критериями диагностики шизофрении или делает это далеко не во всех случаях, свидетельствовать о снижении надежности диагностики? На этот вопрос сложно дать однозначный ответ, по меньшей мере указанный факт следует принять как данность.

С одной стороны, диагностические руководства к МКБ-10, содержащие операциональные критерии, специально создавались для того, чтобы повысить надежность диагностики. Однако перечни критериев, изначально введенные для использования в научных исследованиях, в рутинной практической работе оказываются сложным и неудобным инструментом. Так, во всемирном опросе психиатров, посвященном классификациям психических расстройств, две трети респондентов высказались в пользу гибких клинических руководств, а не перечней критериев [18]. Более того, существует мнение, что врачи в своей рутинной практике просто не в состоянии полноценно использовать перечни критериев в связи с их несоответствием естественному диагностическому мышлению и ограниченностью рабочего времени [19]. Именно поэтому клиническое диагностическое руководство к МКБ-10 содержит операциональные критерии только для небольшой части расстройств и сформулированы они «таким образом, чтобы сохранить достаточную гибкость диагностических решений в клинической практике» [1]. Такое же место критерии, по-видимому, сохраняют и в диагностическом руководстве к МКБ-11 [20]. Кроме того, исследования, оценивавшие сопоставимость рутинной клинической диагностики и диагностики с использованием структурированных диагностических интервью, построенных на критериях DSM-IV и МКБ-10, в целом свидетельствуют, что для стандартных случаев надежность рутинной клинической диагностики может быть достаточно хорошей, однако в отношении диагностических категорий, для которых не существует общепринятых подходов к диагностике (например, для шизоаффективного расстройства), надежность существенно снижается [21]. То же, видимо, может наблюдаться в случае, когда подходы к диагностике, сформулированные в новых версиях МКБ или DSM входят в противоречие с подходами, на которых основана подготовка специалистов. Например, в нашей стране было достаточно убедительно продемонстрировано, что рутинная диагностика биполярного аффективного расстройства, в том числе разграничение его с шизофренией, в значимом числе случаев не соответствует принципам, изложенным в МКБ-10, так как они не соответствуют традиционным диагностическим подходам к этому заболеванию [22, 23].

С другой стороны, об общем принятии российскими психиатрами более узких и четких критериев шизофрении МКБ-10 по сравнению с традиционной расширительной диагностикой отечественной школы, косвенно может указывать существенное снижение показателей первичной диагностики шизофрении, наблюдающееся с начала 2000 годов. Так, по данным Росстата [24], количество поставленных на учет в России с диагнозом шизофрении в 1997 году составляло 14,8 человека на 100 тысяч населения, а далее это число постепенно снижалось, достигнув в 2014 году показателя 6,5 человек на 100 тысяч населения (т. е. более чем двукратное снижение). С учетом того что вклад наследственности в развитие шизофрении достаточно высок и составляет порядка 80 % [25], полагать, что изменение социально-экономических условий, произошедших в России в этот период времени, могло столь существенно повлиять на первичную заболеваемость, вряд ли было бы обосновано. В первую очередь эту тенденцию необходимо объяснить именно изменением подходов к диагностике, хотя, безусловно, нельзя исключать, что и другие факторы, в том числе связанные с изменением доступности помощи, порядка диспансерного учета или распространением частной психиатрической помощи, также могли сыграть определенную роль.

По результатам опроса оценка респондентами удобства практического использования критериев диагностики шизофрении МКБ-10 и соответствия их больным, наблюдаемым респондентами в своей клинической работе, оказалась не очень высока, что вместе с большим процентом докторов, которые не используют непосредственно диагностический перечень в своей работе, свидетельствует о необходимости улучшения утилитарных характеристик диагностического руководства нового пересмотра МКБ, в том числе, возможно, путем его упрощения, обобщения и приближения к возможностям диагностики в реальной практике, включая разнообразные условия оказания помощи. Однако несмотря на плохую оценку утилитарности критериев МКБ-10, две трети участников опроса высказались против использования в МКБ-11 обобщенных (а следовательно, более простых в использовании) формулировок критериев диагностики шизофрении, наподобие тех, которые сформулированы в DSM-5, что связано с опасениями возможной потери специфичности диагностики шизофрении и размывания ее границ. Более того, одновременно с низкой общей оценкой, данной участниками опроса качеству перечня критериев диагностики шизофрении в МКБ-10, при сборе предложений в отношении судьбы конкретных пунктов перечня две трети голосов респондентов оказались за сохранение пунктов в их нынешнем виде.

Полученные данные хорошо иллюстрируют, насколько в трудном положении находятся разработчики диагностических руководств новых классификаций в связи с тем, что эти руководства, как и любой другой диагностический инструмент, должны стремиться к оптимальному балансу специфичности и чувствительности (специфичность – процент истинно отрицательных результатов,

правильно идентифицированных тестом; чувствительность – процент истинно положительных результатов, правильно идентифицированных тестом [26]), детализации и обобщения. Если существуют высокоспецифичные клинические признаки того или иного расстройства (т. е. признаки, встречающиеся только при этом расстройстве и никогда при других), то чем точнее и подробнее они описаны в перечне критериев, тем более валидны в целом будут эти диагностические указания. Однако в отношении большинства психических расстройств и шизофрении в частности само существование высокоспецифичных клинических признаков может быть поставлено под сомнение. Кроме того, чем более подробный и детализированный перечень критериев будет сформулирован, тем более обширным и неудобным в практической работе он может оказаться, а сами детализированные критерии окажутся менее чувствительными (будут встречаться у меньшего числа больных с данным расстройством). В связи с этим, если в перечне критериев диагностики шизофрении МКБ-10 содержится 9 пунктов (см. таблицу), причем изложенных весьма подробно (например, как минимум в трех пунктах упоминается бред, в том числе в варианте с наибольшей детализацией в пункте «г» – «стойкие бредовые идеи другого рода, которые неадекватны для данной социальной культуры и совершенно невозможны по содержанию, такие как идентификация себя с религиозными или политическими фигурами, заявления о сверхчеловеческих способностях (например, о возможности управлять погодой или об общении с инопланетянами)»), в DSM-5 всего 5 пунктов, и они представляют собой укрупненные варианты формулировок (например, просто пункт «бред», без каких-либо уточнений), то проект МКБ-11 по количеству пунктов занимает промежуточное положение – в нем 7 пунктов, они более общие, чем в МКБ-10, но все-таки содержат упоминания о наиболее характерных вариантах клинической картины (например, пункт, касающийся бреда: «Персистирующий бред (например, бред величия, отношения, преследования)»).

Мнения участников опроса не во всем совпадают с проектом, который разработала рабочая группа по подготовке МКБ-11 [17]. С одной стороны, в соответствии с проектом, облигатными пунктами могут быть только продуктивные симптомы (бред, галлюцинации, дезорганизация мышления и психические автоматизмы), но не негативные симптомы, которые значимая часть участников нашего опроса считала обязательными для диагностики шизофрении. С другой стороны, важный аспект, в котором мнения участников опроса и разработчиков МКБ-11 совпали, – необходимость сохранения в перечне критериев диагностики шизофрении психических автоматизмов. В проекте МКБ-11 предложено ввести пункт, близкий к пунктам «а», «б» МКБ-10, или, в отечественном понимании, психическим автоматизмам: «Переживания воздействия, овладения или внешнего контроля». Авторы подчеркивают сложную природу этих феноменов, включающую чувственные элементы («переживание») и их осмысление, интерпретацию. При этом бредовой уровень интерпретации не явля-

ется обязательным и, согласно рекомендациям, при его наличии должен оцениваться отдельно. Тогда как при подготовке DSM-5, после длительной дискуссии о значении симптомов первого ранга Курта Шнайде-ра для диагностики шизофрении, соответствующий пункт все-таки был удален [16] в связи с сомнениями в его специфичности при шизофрении [27].

Вероятно, наиболее серьезным различием между «традиционными» подходами к диагностике шизофрении Э. Крепелина, Э. Блейлера, «школы Снежневского», на которые ориентируются многие участники опроса, и «современными» критериями диагностики (МКБ-10, МКБ-11, DSM) является отношение к диагностической значимости негативной симптоматики. Если прежде негативная симптоматика рассматривалась как ключевое выражение особого патологического процесса, лежащего в основе заболевания, диагноз шизофрении мог быть корректен только при наличии у больного соответствующих «специфических» нарушений, а умение «выявлять» негативную симптоматику, в том числе в ее наиболее «тонких», малозаметных проявлениях, зачастую имплицитно признавалось как признак высокого профессионализма психиатра, то с современных позиций, основанных на результатах многочисленных исследований, негативная симптоматика рассматривается лишь как один из видов клинических проявлений (дименсий) шизофрении [28]. И хотя она в значительной степени определяет неблагоприятные последствия болезни в плане ухудшения социального функционирования больных, возможности использования негативной симптоматики для постановки диагноза шизофрении ограничены. Последнее связано с тем, что: а) негативная симптоматика (эмоционально-волевое снижение) не является специфичной только для шизофрении (она может быть характерна и для других психических и неврологических заболеваний, например, болезни Паркинсона [28, 29]); б) граница «нормальных» эмоционально-волевых свойств человека нечеткая в связи с большой вариабельностью этих характеристик в популяции, соответственно, в «пограничных» (находящихся около «нормы») случаях для разделения на норму и патологию врачи вынуждены использовать преимущественно субъективные, малонадежные оценки, в том числе свое собственное отношение к тому или иному укладу или стилю жизни; в) собственно, и при шизофрении выраженность негативной симптоматики может иметь серьезные различия у разных больных, в том числе в зависимости от длительности болезни, «типа течения» и «клинической формы» [30].

Влияние этих двух различных подходов ярко отразилось в результатах опроса: одна половина респондентов руководствуется традиционным подходом в русле взглядов Крепелина – Блейлера – Снежневского, а другая половина – современным подходом МКБ и DSM. При этом усредненная оценка участниками опроса таких важных характеристик любого диагностического теста/параметра, как специфичность и возможность объективной оценки, для негативной симптоматики оказалась не высока. Кроме того, первичную и вторичную негативную

симптоматику большая часть врачей не разделяет и ошибочно приписывает дезорганизацию мышления к первичной дефицитарной (необратимой) симптоматике. К сожалению, эта неверная интерпретация негативной симптоматики нередко ведет к терапевтическому нигилизму и выбору неправильной терапевтической тактики [31].

Опрос также продемонстрировал, что диагностика шизофрении подвержена серьезному воздействию социальных факторов: значительное число врачей намеренно не ставят этот диагноз, чтобы избежать дополнительной стигматизации некоторых больных, а если и ставят, то испытывают серьезные трудности с тем, чтобы называть пациентам их истинный диагноз. Можно предполагать, что особенно часто это случается при первом эпизоде заболевания и может привести к выбору неадекватной терапевтической стратегии, правильное определение которой наиболее важно именно на ранних этапах болезни. Это говорит о стигматизации шизофрении не только в глазах общества, но и самих специалистов, оказывающих помощь данной категории пациентов, и может служить одним из аргументов в пользу изменения названия шизофрении и подходов к категоризации расстройств шизофренического спектра. В других случаях социальные факторы, в том числе сложившиеся в России подходы к лекарственному обеспечению и критерии определения группы инвалидности, склоняют российских психиатров к гипердиагностике: заставляют в отдельных случаях выставлять диагноз шизофрении, а также утяжелять характеристики течения и глубину дефекта там, где для этого нет достаточных оснований.

Трудности имплементации МКБ-10 должны также послужить важным аргументом в пользу проведения активной образовательной работы, знакомящей практикующих врачей с новыми диагностическими подходами при переходе на МКБ-11. Две трети респондентов отметили, что стараются следить за разработкой МКБ-11, а почти половина имеет положительные ожидания от перехода к новому пересмотру. Примерно такое же число врачей считают необходимым дополнительно адаптировать МКБ, а треть участников опроса предлагают отказаться от МКБ и перейти на прежнюю отечественную классификацию. Эти ответы также свидетельствуют о поляризованности российского психиатрического сообщества.

Безусловно, шизофрения – сложное в диагностическом отношении расстройство, не имеющее как

биологических маркеров, способных помочь в диагностике, так и изолированных высокоспецифичных клинических признаков. Высказанная участниками опроса степень уверенности в правильности своих диагнозов, соответствующая 75 %, вероятно, может быть адекватным отражением этой сложности. Однако доверие к диагнозам коллег оказалось существенно ниже (63 %) доверия к лично установленным диагнозам, что отчасти можно объяснить слишком разными подходами к диагностике шизофрении, используемыми психиатрами в нашей стране. Поэтому повышение надежности диагностики шизофрении в результате применения единых и согласованных профессиональным сообществом диагностических критериев может являться насущной задачей российской научной и образовательной психиатрии.

Заключение

Опрос продемонстрировал широкое, но во многом формальное использование МКБ-10 при диагностике шизофрении. Респонденты отмечают низкие утилитарные свойства диагностических указаний, изложенных в МКБ-10, однако в своем большинстве не готовы отказаться от имеющихся детализированных критериев из-за опасений потери их специфичности. Опрос выявил существенные разногласия в представлениях о «правильной» диагностике шизофрении, следствием чего может являться формирование недоверия к диагнозам своих коллег. Несоответствие принципов диагностики шизофрении значимой части российских психиатров современным международным критериям может мешать адекватному восприятию результатов последних научных исследований, в том числе применению доказательных алгоритмов терапии [32], негативно влияя на качество психиатрической помощи. Широкое применение на практике устаревших диагностических подходов свидетельствует о недостаточной эффективности существующей системы постдипломного медицинского образования врачей-психиатров. Складывается впечатление, что однажды приобретенные в начале профессиональной деятельности врача взгляды в последующем не обогащаются новыми научными знаниями. С целью унификации подходов к диагностике шизофрении в нашей стране, особенно в свете грядущего перехода к МКБ-11, необходимо усовершенствование и более активное внедрение системы непрерывного психиатрического образования.

ЛИТЕРАТУРА

REFERENCES

1. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines / World Health Organization. – Geneva. World Health Organization, 1992. – 267 p.
2. Руководство по психиатрии. Т. 1 / под ред. А.В. Снежневского. – М.: Медицина, 1983. – 480 с.
3. Тоχιлов В.А. МКБ-10 в России – конец классической психиатрии? // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 20, № 4. – С. 64–68.
4. Калинин В.В. Органические психические расстройства в МКБ-10: несовершенство критериев диагностики или псевдодиагностические категории // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014 – Т. 24, № 3. – С. 42–44.

1. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines / World Health Organization. – Geneva. World Health Organization, 1992. – 267 p.
2. Rukovodstvo po psixiatrii. T. 1 / pod red. A.V. Snezhnevskogo. – M.: Medicina, 1983. – 480 s.
3. Toχιilov V.A. MKB-10 v Rossii – konec klassicheskoy psixiatrii? // Social'naya i klinicheskaya psixiatriya. – 2010. – T. 20, № 4. – S. 64–68.
4. Kalinin V.V. Organicheskie psixicheskie rasstrojstva v MKB-10: nesovershenstvo kriteriev diagnostiki ili psevdodiagnosticheskie kategorii // Social'naya i klinicheskaya psixiatriya. – 2014 – T. 24, № 3. – S. 42–44.

5. Цыганков Б.Д., Овсянников С.А. О классификации психических заболеваний для использования в педагогической работе и при проведении научных исследований // Журнал психиатрии и неврологии имени С.С.Корсакова. – 2011 – Т. 111, № 9. – С. 88–89.
6. О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании. Закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 (ред. от 19.07.2018).
7. О переходе органов и учреждений здравоохранения Российской Федерации на международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 170 от 27.05.1997 // Здравоохранение. – 1997. – № 7.
8. Carmines E.G., Zeller R.A. Reliability and validity assessment. – London: SAGE Publication, 1979. – 70 p.
9. Stengel E. Classification of mental disorders // Bull World Health Organ. – 1959. – No. 21. – P. 601–663.
10. Sartorius N., Ustün T.B., Korten A., Cooper J.E., van Drimmelen J. Progress toward achieving a common language in psychiatry. II: Results from the international field trials of the ICD-10 diagnostic criteria for research for mental and behavioral disorders // American Journal of Psychiatry. – 1995. – Vol. 152, No. 10. – P. 1427–1437.
11. Regier D.A., Narrow W.E., Clarke D.E., Kraemer H.C., Kuramoto S.J., Kuhl E.A., Kupfer D.J. DSM-5 Field Trials in the United States and Canada, Part II: Test-Retest Reliability of Selected Categorical Diagnoses // American Journal of Psychiatry. – 2013. – Vol. 170, No. 1. – P. 59–70.
12. Незнанов Н.Г., Мартынихин И.А., Мосолов С.Н. Диагностика и терапия тревожных расстройств в Российской Федерации: результаты опроса врачей-психиатров // Современная терапия психических расстройств. – 2017. – № 2. – С. 2–13.
13. Lawrie S.M., Olabi B., Hall J., McIntosh A.M. Do we have any solid evidence of clinical utility about the pathophysiology of schizophrenia? // World Psychiatry. – 2011. – Vol. 10, No. 1. – P. 19–31.
14. Мосолов С.Н. Некоторые актуальные теоретические проблемы диагностики, классификации, нейробиологии и терапии шизофрении: сравнение зарубежного и отечественного подходов // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2010. – Т. 110, № 6. – С. 4–11.
15. Jablensky A. The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution, and future prospects // Dialogues in Clinical Neuroscience. – 2010. – Vol. 12, No. 3. – P. 271–287.
16. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.) / American Psychiatric Association. – Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. – 947 p.
17. ICD-11 Guidelines – 7A50 Schizophrenia / World Health Organisation, GCP.Network. – URL: <https://gcp.network/en/private/icd-11-guidelines/categories/disorder/schizophrenia> (accessed: 27.08.2018).
18. Reed G.M., Mendonca Correia J., Esparza P., Saxena S. The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification // World Psychiatry. – 2011. – Vol. 10, No. 2. – P. 118–131.
19. Westen D. Prototype diagnosis of psychiatric syndromes // World Psychiatry. – 2012 – Vol. 11, No. 1. – P. 16–21.
20. First M.B., Reed G.M., Hyman S.E., Saxena S. The development of the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders // World Psychiatry. – 2015 – Vol. 14, No. 1. – P. 82–90.
21. Davis K.A.S., Sudlow C.L.M., Hotopf M. Can mental health diagnoses in administrative data be used for research? A systematic review of the accuracy of routinely collected diagnoses // BMC Psychiatry. – 2016. – No. 16. – P. 263.
22. Мосолов С.Н., Шафаренко А.А., Ушкалова А.В., Алфимов П.В., Костюкова А.Б. Формализованная диагностика биполярного аффективного расстройства у больных с приступообразной шизофренией и шизоаффективным расстройством // Современная терапия психических расстройств. – 2014. – № 3. – С. 2–7.
23. Мосолов С.Н., Ушкалова А.В., Костюкова Е.Г., Шафаренко А.А., Алфимов П.В., Костюкова А.Б. Диагностика биполярного аффективного расстройства II типа среди пациентов с текущим диагнозом рекуррентного депрессивного расстройства // Современная терапия психических расстройств. – 2014. – № 2. – С. 2–12.
24. Заболеваемость населения социально значимыми болезнями 2017 / Федеральная служба государственной статистики РФ. – URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/# [дата обращения: 27.08.2018].
25. Sullivan P., Kendler K., MC N. Schizophrenia as a complex trait: evidence from a meta-analysis of twin studies // Arch Gen Psychiatry. – 2003. – Vol. 60, No. 12. – P. 1187–1192.
26. Altman D.G., Bland J.M. Diagnostic tests. 1: Sensitivity and specificity // BMJ : British Medical Journal. – 1994 – Vol. 308, No. 6943. – P. 1552.
27. Heinz A., Voss M., SM L., Mishara A., Bauer M., Gallinat J., Juckel G., Lang U., Rapp M., Falkai P., et al. Shall we really say goodbye to first rank symptoms? // Eur Psychiatry. – 2016. – No. 37. – P. 8–13.
28. Мосолов С.Н. Шкалы психометрической оценки шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. – М.: Новый свет, 2001. – 237 с.
29. Winograd-Gurvich C., Fitzgerald P.B., Georgiou-Karistianis N., Bradshaw J.L. Negative symptoms: A review of schizophrenia, melancholic depression and Parkinson's disease // Brain Res Bull. – 2006. – Vol. 70 (4–6). – P. 312–321.
30. Шизофрения. Клиника и патогенез / под ред. А.В. Снежневского. – М.: Медицина, 1969. – 464 с.
31. Биологические методы терапии психических расстройств. Доказательная медицина – клинической практике / под ред. С.Н. Мосолова. – М.: Социально-политическая мысль. – 2012. – 1080 с.
32. Мосолов С.Н., Цукерзи Э.Э., Алфимов П.В. Алгоритмы биологической терапии шизофрении // Современная терапия психических расстройств. – 2014. – № 1. – С. 27–36.
5. Cygankov B.D., Ovsyannikov S.A. O klassifikacii psichicheskix zabolevanij dlya ispol'zovaniya v pedagogicheskoy rabote i pri provedenii nauchny'x issledovanij // Zhurnal psixiatrii i nevrologii im. S.S.Korsakova. – 2011 – T. 111, № 9. – S. 88–89.
6. O psixiatricheskoj pomoshhi i garantiyax prav grazhdan pri ee okazanii. Zakon RF ot 02.07.1992 № 3185-1 (red. ot 19.07.2018).
7. O perexode organov i uchrezhdenij zdoravooxraneniya Rossijskoj Federacii na mezhdunarodnyuyu statisticheskuyu klassifikaciyu boleznej i problem, svyazanny'x so zdorov'em, X peresmotra. Prikaz Ministerstva zdoravooxraneniya Rossijskoj Federacii № 170 ot 27.05.1997 // Zdravooxranenie. – 1997. – № 7.
8. Carmines E.G., Zeller R.A. Reliability and validity assessment. – London: SAGE Publication, 1979. – 70 p.
9. Stengel E. Classification of mental disorders // Bull World Health Organ. – 1959. – No. 21. – P. 601–663.
10. Sartorius N., Ustün T.B., Korten A., Cooper J.E., van Drimmelen J. Progress toward achieving a common language in psychiatry. II: Results from the international field trials of the ICD-10 diagnostic criteria for research for mental and behavioral disorders // American Journal of Psychiatry. – 1995. – Vol. 152, No. 10. – P. 1427–1437.
11. Regier D.A., Narrow W.E., Clarke D.E., Kraemer H.C., Kuramoto S.J., Kuhl E.A., Kupfer D.J. DSM-5 Field Trials in the United States and Canada, Part II: Test-Retest Reliability of Selected Categorical Diagnoses // American Journal of Psychiatry. – 2013. – Vol. 170, No. 1. – P. 59–70.
12. Neznanov N.G., Marty' nix I.A., Mosolov S.N. Diagnostika i terapiya trevozhny' x rasstrojstv v Rossijskoj Federacii: rezul' taty' oprosa vrachej-psixiatrov // Sovremennaya terapiya psichicheskix rasstrojstv. – 2017. – № 2. – S. 2–13.
13. Lawrie S.M., Olabi B., Hall J., McIntosh A.M. Do we have any solid evidence of clinical utility about the pathophysiology of schizophrenia? // World Psychiatry. – 2011. – Vol. 10, No. 1. – P. 19–31.
14. Mosolov S.N. Nekotory'e aktual' ny'e teoreticheskie problemy` diagnostiki, klassifikacii, neirobiologii i terapii shizofrenii: sravnenie zarubezhnogo i otechestvennogo podxodov // Zhurnal nevrologii i psixiatrii imeni S.S. Korsakova. – 2010. – T. 110, № 6. – S. 4–11.
15. Jablensky A. The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution, and future prospects // Dialogues in Clinical Neuroscience. – 2010. – Vol. 12, No. 3. – P. 271–287.
16. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.) / American Psychiatric Association. – Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. – 947 p.
17. ICD-11 Guidelines – 7A50 Schizophrenia / World Health Organisation, GCP.Network. – URL: <https://gcp.network/en/private/icd-11-guidelines/categories/disorder/schizophrenia> (accessed: 27.08.2018).
18. Reed G.M., Mendonca Correia J., Esparza P., Saxena S. The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification // World Psychiatry. – 2011. – Vol. 10, No. 2. – P. 118–131.
19. Westen D. Prototype diagnosis of psychiatric syndromes // World Psychiatry. – 2012 – Vol. 11, No. 1. – P. 16–21.
20. First M.B., Reed G.M., Hyman S.E., Saxena S. The development of the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders // World Psychiatry. – 2015 – Vol. 14, No. 1. – P. 82–90.
21. Davis K.A.S., Sudlow C.L.M., Hotopf M. Can mental health diagnoses in administrative data be used for research? A systematic review of the accuracy of routinely collected diagnoses // BMC Psychiatry. – 2016. – No. 16. – P. 263.
22. Mosolov S.N., Shafarenko A.A., Ushkalova A.V., Alfimov P.V., Kostyukova A.B. Formalizovannaya diagnostika bipolyarnogo affektivnogo rasstrojstva u bol' ny' x s pristupoobraznoj shizofreniej i shizoaffektivny' m rasstrojstvom // Sovremennaya terapiya psichicheskix rasstrojstv. – 2014. – № 3. – S. 2–7.
23. Mosolov S.N., Ushkalova A.V., Kostyukova E.G., Shafarenko A.A., Alfimov P.V., Kostyukova A.B. Diagnostika bipolyarnogo affektivnogo rasstrojstva II tipa sredi pacientov s tekushhim rekurrentnogo depressivnogo rasstrojstva // Sovremennaya terapiya psichicheskix rasstrojstv. – 2014. – № 2. – S. 2–12.
24. Zabelevaemost' naseleniya social' no znachimy' mi boleznyami 2017 / Federal' naya sluzhba gosudarstvennoj statistiki RF. – URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/# [data obrashheniya: 27.08.2018].
25. Sullivan P., Kendler K., MC N. Schizophrenia as a complex trait: evidence from a meta-analysis of twin studies // Arch Gen Psychiatry. – 2003. – Vol. 60, No. 12. – P. 1187–1192.
26. Altman D.G., Bland J.M. Diagnostic tests. 1: Sensitivity and specificity // BMJ : British Medical Journal. – 1994 – Vol. 308, No. 6943. – P. 1552.
27. Heinz A., Voss M., SM L., Mishara A., Bauer M., Gallinat J., Juckel G., Lang U., Rapp M., Falkai P., et al. Shall we really say goodbye to first rank symptoms? // Eur Psychiatry. – 2016. – No. 37. – P. 8–13.
28. Mosolov S.N. Shkaly` psixometricheskoy ocenki shizofrenii i koncepciya pozitivny' x i negativny' x rasstrojstv. – M.: Novy' j svet, 2001. – 237 s.
29. Winograd-Gurvich C., Fitzgerald P.B., Georgiou-Karistianis N., Bradshaw J.L. Negative symptoms: A review of schizophrenia, melancholic depression and Parkinson's disease // Brain Res Bull. – 2006. – Vol. 70 (4–6). – P. 312–321.
30. Shizofreniya. Klinika i patogenez / pod red. A.V. Snezhnevskogo. – M.: Medicina, 1969. – 464 s.
31. Biologicheskie metody` terapii psichicheskix rasstrojstv. Dokazatel' naya medicina – klinicheskoy praktike / pod red. S.N. Mosolova. – M.: Social' no-politicheskaya my' sl'. – 2012. – 1080 s.
32. Mosolov S.N., Czukarzi E' .E' ., Alfimov P.V. Algoritmy` biologicheskoy terapii shizofrenii // Sovremennaya terapiya psichicheskix rasstrojstv. – 2014. – № 1. – S. 27–36.

Diagnosis of Schizophrenia in Russia: The Results of a Web-based Survey of Psychiatrists

(Part 1. Use of the ICD-10 criteria)

N.G. Neznanov^{1, 2}, I.A. Martynikhin², S.N. Mosolov³

¹ V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia

² Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, St. Petersburg, Russia

³ Moscow Research Institute of Psychiatry, Moscow, Russia

SUMMARY:

The diagnostic guidelines for the ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders, which was published quarter of a century ago, contained significant innovations for that time. Objectives of this study are to evaluate the application ICD-10 criteria of schizophrenia in Russia and attitudes of Russian psychiatrists to them.

Method: An online survey was conducted through the use of the web-site of the Russian Society of Psychiatrists (RSP). 807 psychiatrists, representing 78 regions of Russia, took part in the survey. 33 % of them worked in inpatient departments, 39 % – in outpatient departments, 25 % – were researchers and university professors.

Results: 96 % of the participating psychiatrists indicated that they have used ICD-10 diagnostic criteria for schizophrenia in their day-to-day clinical practice during last year. But only 14 % of respondents checked the criteria in each case. Most psychiatrists did this only for difficult/unusual patients. On a 5-point scale, the respondents' mark of ease of use of the list of diagnostic criteria ICD-10 for schizophrenia was 3.4 points and its correspondence with their clinical practice was 3.6 points (respondents who worked in hospitals gave higher marks). Regarding special items of the criteria list respondents more often (67 % of answers) chose to leave them unchanged than to remove or reformulate them (28 % of answers). Only 11 % of respondents favored more generalized formulation of criteria (similar to the DSM criteria) than it is in the list of ICD-10 criteria, 68 % of respondents were against generalization, because of the possible loss of the criteria specificity. The greatest disagreement among participants was revealed in a diagnostic significance of the negative symptoms: 51 % of respondents recognize negative symptoms as obligate symptoms of schizophrenia, 46 % – as not obligate. Social factors (including the stigmatization of the diagnosis, the need for social benefits for the patient, etc.) have a significant impact on the diagnosis of schizophrenia. The confidence in personally established diagnoses among respondents was significantly higher than for the diagnoses which made by the colleagues.

Conclusions: Despite the widespread utilization of ICD-10 codes, Russian psychiatrists use the ICD-10 diagnostic guidelines for schizophrenia mostly in a formal way, with poor ratings of its quality. The revealed significant differences in the approaches used to diagnose schizophrenia in our country indicate the importance of developing a system of continuous medical education to improve the consistency of diagnostic assessments.

KEY WORDS: schizophrenia, clinical diagnosis, ICD-10, ICD-11, survey, Russian Society of Psychiatrists

CONTACT: iam@s-psy.ru