

УДК 616.893–053.2.005

## ПОЗИЦИЯ ОСТРЫХ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В КЛАССИФИКАЦИЯХ БОЛЕЗНЕЙ

Кулешова Е.О., Строганов А.Е.

ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России, Барнаул, e-mail: emoryll@rambler.ru

Данный обзор посвящен проблеме острых психотических расстройств и их положению в классификациях болезней. Острые психозы – это клинически неоднородная и гетерогенная группа психической патологии. Большинство работ, посвященных изучению острых психотических расстройств, проводились на основании казуистического материала. До настоящего времени отсутствует апробированная многоосевая классификация острых психотических расстройств. В данной статье основное внимание сфокусировано на положении острых преходящих расстройств в Диагностическом и статистическом Руководстве по психическим расстройствам Американской ассоциации психиатров и Международных классификациях болезней последних десятилетий. В обзоре показано, как менялось отношение к острым психотическим расстройствам в соответствии с принятием новых (последующих) классификаций болезней.

**Ключевые слова:** психиатрия, острые психотические расстройства, классификации болезней

## THE SITE OF ACUTE PSYCHOTIC DISTRODERS IN THE CLASSIFICATION OF DISEASES

Kuleshova E.O., Stroganov A.E.

Altai State Medical University (ASMU), Barnaul, e-mail: emoryll@rambler.ru

This review is devoted to the problem of acute psychotic disorders and their position in the classification of diseases. Acute psychosis is a clinically heterogeneous and heterogeneous group of mental pathology. The majority of works devoted to the study of acute psychotic disorders, were carried out on the basis of casuistic material. Up to the present there is no proven multi-axis classification of acute psychotic disorders. In this article the main attention is focused on the provision of acute transient disorders in the Diagnostic and statistical Manual of mental disorders of the American psychiatric Association and International classification of diseases of the last decades. In this review shows how changing attitudes to acute psychotic disorders in accordance with the adoption of new (subsequent) classification of diseases.

**Keywords:** psychiatry, acute psychotic disorders, classification of diseases

Несмотря на неослабевающий интерес медицинского сообщества, многие аспекты, связанные с острыми психотическими расстройствами (ОПР) в доступной нам литературе все же, на наш взгляд в доступной нам литературе освещены недостаточно полно. Можно предположить, что причиной тому является отсутствие систематизированных клинических исследований, которые помогли бы четко определить, описать и отграничить каждый из подразделов принятой сегодня Международной классификации болезней 10 пересмотра. Как следствие основы лечебной тактики, применительно к ОПР обозначены в известной степени невятно.

Анализ современных трактовок ОПР позволяет говорить о имеющих место в настоящее время серьезных диагностических разночтениях. Ряд авторов отрицают их клиническую самостоятельность, относя к шубообразной и рекуррентной шизофрении [10], острой шизофрении [4]. Другие исследователи, напротив, придают острым психотическим расстройствам особое значение, подчеркивая значимость и весьма оправданное их пребывание острых пси-

хотических расстройств во всевозможных классификациях [19, 24].

Разнообразие взглядов современных авторов на данную проблему отражает положение ОПР в классификациях психических заболеваний. Несмотря на то, что вся терминология, используемая в данных классификациях, является статистической аббревиатурой клинической информации и лишь приближается к клиническому диагнозу, само присутствие ОПР в них, а также выделение их диагностических критериев, кажется нам не маловажным

Первая попытка систематизировать психозы была сделана Феликсом Платером в 1614 году [цит. по 3], о них говорилось в третьем разделе его классификации душевных болезней – *mentis alienatio*, т.е. группа психозов в прямом смысле слова. Он писал, что «помешательство (или галлюцинация), называемое также *paraphrosyne*, состоит в том, что (люди) воображают вещи, которых нет, или же о тех вещах, которые имеются налицо, высказывают извращенные суждения и плохо помнят все вообще или отдельный какой-нибудь предмет, при чем описанные расстройства наблюдаются

у них в мыслях, или я речах, или в действиях». Указав на эндогенные и экзогенные причины психозов, он объединил под понятиями меланхолия и мания едва ли не все психозы.

Несколько позже Павел Заккиас в 1624 году [цит. по 3] предложил классификацию психических расстройств, в которой упоминания о психотических расстройствах можно встретить в разделе «Первичные душевные заболевания», где он описал меланхолию и меланхолию, указав на их отличительные особенности: симптомы меланхолии – тоска и неподвижность, симптомы мании – ажитация и возбуждение.

Состояния с характерными для психотических расстройств признаками встречаются в классификациях Буассье де Соважа, Жана-Этьена Доминика Эскироля, Филиппа Пинеля и других исследователей 18-н.19 веков, однако в них нет указания на их остроту или хроническое течение. По мере накопления данных о клинике и течения психозов к концу 19 века стали в классификациях психических болезней стали появляться состояния, которые имели острое начало – это работы Генриха Шюле, Рихарда вон Крафт-Эбинга [цит. по 3].

В данном обзоре мы подробно остановимся на описании острых психотических расстройств в Диагностическом и статистическом Руководстве по психическим расстройствам Американской ассоциации психиатров, а также в Международных классификациях болезней последних десятилетий (МКБ-9 и МКБ-10), как в основных, всеобщепринятых руководствах по диагностике психической патологии.

Произвести оценку перемен в отношении к ОПП позволит изучение позиции данной патологии в Диагностическом и статистическом Руководстве по психическим расстройствам Американской ассоциации психиатров (DSM-I, DSM-II, DSM-III, DSM-IV, DSM-V).

Первое издание DSM (Diagnostic and statistical manual of mental disorders), вышедшее в 1952 году, не содержало отдельной рубрики для острых психотических расстройств. Кроме того, там не было указаний на длительность психозов при шизофрении, сроки возникновения и течения, наличие или отсутствие изменения личности в постпсихотическом периоде, а также количества психотических эпизодов. По нашему мнению, острое психотическое расстройство по данной классификации соответствует двум рубрикам раздела «Расстройства психогенного происхождения, либо без четко определенной структуры или изменений в головном мозге». Первая рубри-

ка – Шизофреническая реакция (000-x20), учитывая отсутствие указаний на длительность эпизода, острые психозы могут быть отнесены к рубрике шизофреническая реакция, острый недифференцированный тип (000-x25), для которой характерно острое начало, широкое разнообразие симптоматики, развивающейся в считанные недели. По данным ряда авторов [23] к этой рубрике относили также кроме ОПП ремитирующую шизофрению, шизоаффективный психоз, истерический психоз.

В DSM-II, вышедшей в 1968 году, острые психотические расстройства упоминаются в трех секциях III рубрики: «Психозы необъяснимые физическими воздействиями, пречисленными ранее». В разделе, посвященном шизофрении, как и в предыдущем издании DSM, не обозначены временные промежутки психотического периода. В данном разделе мы встретили понятие «острый шизофренический эпизод» (295.4), для которого характерно: острое начало, растерянность, недоумение, идеи величия, депрессивный аффект, страх, выздоровление наступает в течение нескольких недель. Однако имеется указание, на то, что если в психопатологической структуре заболевания преобладают кататоническая, гебефреническая, параноидная симптоматика, то диагноз должен быть изменен. Таким образом, острое психотическое расстройство с преобладанием кататонических, гебефренических и параноидных расстройств в соответствии с данной классификацией можно отнести к шизофрении, гебефренического типа (295.1), шизофрении, кататонического типа (295.3) и шизофрении параноидного типа (295.3). Также острые психозы, возникшие после психотравмирующей ситуации, упоминаются в разделе другие психозы (298): острая параноидная реакция (298.3).

Об острых психотических расстройствах в DSM-III, вышедшей в 1980 году, упоминается гораздо чаще, упоминание о них мы встретили их в двух рубриках, отсутствует раздел, посвященный конкретно данной нозологии. Однако в этом издании в отличие от DSM II имеется указание на длительность шизофренического процесса (продолжительностью в шесть месяцев, включая продромальный и остаточной фазы), способствующие его дифференциации. В DSM-III категории шизофрении (сам термин «шизофрения» здесь был заменен на «технически тождественный» – «шизофренические расстройства» [2] требует наличие характерных психотических симптомов в течение по крайней мере одной недели, а признаки расстройства должны непрерывно проявляться на протяжении по крайней

мере шести месяцев (сюда включены продромальная и резидуальная фазы).

Для рубрики «Параноидные расстройства» имеется указание, что эта группа психической патологии причиной персекуторного бреда не должны являться шизофрения или шизофреноформные, аффективные и органические расстройства, при этом границы этой группы расстройств и их дифференциации остаются неясными. В данном разделе острые психотические расстройства можно отнести к рубрике острые параноидные расстройства (297.30), возникающие чаще у лиц, подвергшихся изменению среды (военнопленные, беженцы, призывники и тд.), длительность их составляет менее 6 месяцев.

Вторая рубрика «Психические расстройства, не включенные в другие категории» включает в себя категории, которые могут быть классифицированы как шизофренические и параноидные, но не подходящие под условия других категорий. Шизофреноформные расстройства (295.40) имеют те же признаки, что и шизофрения, однако их продолжительность составляет от двух недель до 6 месяцев, для них свойственно острое начало и разрешение до преморбидного уровня. Кратковременный реактивный психоз (298.80) отличается от предыдущих расстройств длительностью: от нескольких часов до двух недель, возникает на фоне тяжелой психической травмы, для него характерно вычурное, агрессивное и суицидальное поведение.

Шизоаффективное расстройство (297.30) – весьма спорная категория, однако имеется указание, что сюда могут быть отнесены состояния между аффективным расстройством, шизофренией или шизофреноформным расстройством, при невозможной их дифференциации, стало быть, сюда возможно отнести острые психотические расстройства с полиморфной симптоматикой.

Атипичный психоз (298.90) – состояние, не отвечающее критерием других расстройств, это либо моносимптоматический бред, либо послеродовой психоз.

В DSM-IV (1994 год) для острых психозов имеется рубрика «Кратковременные психотические расстройства» (298.8) в разделе «Шизофрения и другие психотические расстройства». Основные критерии этой патологии являются: внезапное появление бреда, галлюцинаций, разорванности речи, либо грубые нарушения поведения, кататоническая симптоматика. Длительность психотического периода составляет от 1 дня до 1 месяца, с восстановлением до преморбидного состояния. Имеются указания на наличие или отсутствие стресса перед манифе-

стацией заболевания, либо на послеродовой период. В клинической картине не исключены шизофренические или аффективные симптомы, но психоз квалифицировать как шизофрению, шизоаффективное расстройство, либо аффективный психоз нельзя.

В последнем издании DSM-V, вышедшем в 2013 году, так же, как и в предыдущем, содержится рубрика «Кратковременные психотические расстройства» (298.8), критерии данной патологии остались прежними: бред, галлюцинации, разорванность речи, грубые нарушения поведения, кататоническая симптоматика, острое состояние длится от 1 дня до 1 месяца, с полным выздоровлением.

Рассмотрим также Международные классификации болезней последних десятилетий (МКБ-9 и МКБ-10).

В Международной классификации болезней 9-ого пересмотра (1975 года) психозы распределены по рубрикам по этиологическому принципу. Критерии, подходящие для острых психотических расстройств, мы встретили в двух диагностических рубриках: шизофренические психозы (острый шизофренический эпизод 295.4) и другие неорганические психозы (острое реактивное возбуждение 298.1 и острая параноидная реакция 298.3). Острый шизофренический эпизод характеризуется сновидным состоянием с помрачением сознания и потерянностью, могут иметь место идеи отношения и аффективные нарушения, длительность эпизода от нескольких недель до нескольких месяцев, ремиссия возможна без лечения. Острое реактивное возбуждение – аффективный психоз с преобладанием психомоторного возбуждения, явно вызванный эмоциональным стрессом. Острая параноидная реакция также имеет четкую связь с психотравмирующей ситуацией, которая чаще ошибочно истолкована, как нападение или угроза.

В Международной классификации болезней 10-ого пересмотра (1995 года) имеется отдельная рубрика Острые и транзиторные психотические расстройства (F23), однако имеется указание на отсутствие «систематических клинических данных». Критериями для включения является острое развитие разнообразной психотической симптоматики (бреда, галлюцинаций, бессвязной или разорванной речи) [10]. В данной рубрике объединены различные состояния: транзиторные психозы с благоприятным исходом и состояния шизофренического спектра, которые значительно отличаются между собой клинико-динамическими, прогностическими характеристиками [1].

Изучение клинической динамики острых психозов отвечает требованиям времени и в свете предстоящего перехода психиатрии на новый пересмотр классификации МКБ-11, которая в скором времени станет диагностической основой здравоохранения [7]. В связи с отсутствием лабораторных и инструментальных признаков, патогномичных для того или иного заболевания, клинические наблюдения в психиатрии по-прежнему являются главным источником диагностики психических и поведенческих расстройств [8]. Судя по всему, ситуация не изменится с переходом на МКБ-11, равно как и с введением DSM-V [6].

В настоящее время в связи с разработкой новой МКБ-11, ставится вопрос о реорганизации данной рубрики. В МКБ-11 острые психотические расстройства планируется поместить в группу 05В «Расстройства шизофренического спектра и другие первичные психотические состояния», при чем состояния, кодируемые в МКБ-10 как F23.0 («Острые полиморфные психотические расстройства без симптомов шизофрении»), F23.1 («Острые полиморфные психотические расстройства с симптомами шизофрении»), F23.3 («Другие острые, преимущественно бредовые расстройства») в МКБ-11 окажутся в разных подрубриках [11, 20, 22]. Таким образом, в МКБ-11 не предусмотрено выделение подтипов транзиторных психозов [9].

### Заключение

Несмотря на давнюю историю клинического изучения ОНР, самостоятельная рубрика для данной категории психических расстройств появилась всего лишь около 20 лет назад. Однако ее возникновение не прибавило структурной четкости данной проблеме. Неизменными остаются разночтения в трактовке клинических проявлений ОНР, терминологическая полифония, сохраняются пробелы в вопросе клинико-динамических характеристик, не теряет актуальности задача формирования апробированной многоосевой классификации ОНР. В связи с разнообразием взглядов, неопределенностью и дискуссионным характером проблемы ОНР дальнейшие исследования в данном направлении представляются нам чрезвычайно важными как в теоретической, так и практической плоскости.

### Список литературы

1. Барденштейн Л.М., Алешкина Г.А. О месте острых и преходящих психотических расстройств в классификация психических болезней // Психическое здоровье. – 2013. – Т. 11. – № 2. – С. 72–75.
2. Гаррабе Ж. История шизофрении. – М.; СПб., 2000.
3. Каннабих Ю. История психиатрии. – М.; ЦТР МГП ВОС, 1994.
4. Кербинов О. В. Острая шизофрения. – М.: Медицина, 1949. – 176 с.
5. Класс V (F). Психические расстройства и расстройства поведения. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. Т. 1, Ч. 1. – Женева: ВОЗ, 1995. – С. 313–392.
6. Корнетова, Е.Г., Семке А.В. Современные вопросы и перспективы изучения шизофрении с ведущей негативной симптоматикой // Бюллетень сибирской медицины. – 2014. – № 1., Т. 13. – С. 5–13.
7. Котов В.П., Мальцева М.М., Голланд В.Б. Статистическая классификация психических расстройств и принципы клинической диагностики // Соц. и клинич. психиатрия. – 2010. – № 1, Т. 20. – С. 23–24.
8. Орлова В.А. К проблеме нейродегенерации при шизофрении: данные спектрально-динамического анализа // Соц. и клинич. психиатрия. – 2010. – № 2, Т. 20. – С. 67–79.
9. Павличенко А.В. Будущее классификации психотических расстройств (по материалам конгресса ВПА в Праге, октябрь 2012) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2013. – № 1., Т. 15. – С. 67–72.
10. Тиганов, А.С., Пантелеева Г.П., Цуцупковская М.Я. Эндогенные психические заболевания в адаптированной для использования в РФ версии МКБ-10 // Психиатрия. – 2003. – № 2. – С. 17–25.
11. Gaebel W. Development of the chapters on psychotic disorders in ICD-11 and DSM-V. In: WPA International Congress 2012 (Abstr.); p. 19.
12. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) // American Psychiatric Association, 1994.
13. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). –Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
14. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. – Second Edition (DSM-II). Washington: American Psychiatric Association, 1968.
15. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. – Third Edition (DSM-III). Washington: American Psychiatric Association, 1980.
16. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. – Third Edition – Revised (DSM-III-R). Washington: American Psychiatric Association, 1987.
17. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (DSM). Washington: American Psychiatric Association, 1952.
18. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. (DSM-5). American Psychiatric Association. Washington DC, 2013.
19. Farooq S. Is acute and transient psychotic disorder (ATPD) mini schizophrenia? The evidence from phenomenology and epidemiology. Acute and transient psychotic disorders (ATPD) // Psychiatria Danubina. – 2012. – Vol. 24, № 3. – P. 311–315.
20. Galderisi S. Current issues in reclassifying schizophrenia in DSM-V and ICD-11. In: WPA International Congress 2012 (Abstr.); p. 19.
21. International Classification of Diseases. Tenth Revision (ICD-10). Classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. – Geneva: WHO, 1992.
22. Jablensky A. Towards a revised classification of schizophrenia spectrum disorders in ICD-11. In: WPA International Congress 2012 (Abstr.); p. 20.
23. Kasanin J. The acute schizoaffective psychoses // Am J. Psychiatry. – 1933. – Vol. 90. – P. 97–126.
24. Marneros A. Beyond the Kraepelinian dichotomy: acute and transient psychotic disorders and necessity for clinical differentiation // Br. J. of Psychiatry. – 2006. – Vol. 189. – P. 1–2.
25. Udomratn P. Acute and transient psychotic disorder: a propose for change in ICD-11. In: WPA International Congress 2012 (Abstr.); p. 20.