

От редакции

Журнал продолжает дискуссионную рубрику, посвященную классификации психических расстройств. В данном выпуске журнала публикуются статьи, в развернутой форме отражающие содержание докладов, представленных на состоявшейся 26–27 февраля 2014 года конференции Московского НИИ психиатрии и Московского общества психиатров с международным участием «Развитие классификации психических и поведенческих расстройств от МКБ-10 к МКБ-11». Большинство докладов были сделаны сотрудниками Московского НИИ психиатрии. В работе конференции участвовали также сотрудники других учреждений. Развернутая программа и план полевых испытаний классификации ожидаются после Конгресса Всемирной психиатрической организации (Мадрид, сентябрь 2014 г.).

Для тех сотрудников (психиатров, клинических психологов, специалистов по социальной работе), кто еще не зарегистрировался во Всемирной Сети клинической практики напомним адрес сайта: www.globalclinicalpractice.net. Регистрация с заполнением краткой анкеты предполагает в последующем включение в полевые исследования.

*Профессор В.Н.Краснов
Московский НИИ психиатрии*

УДК 616.89–053.2.005

ШИЗОФРЕНИЯ В СИСТЕМАТИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер

Московский научно-исследовательский институт психиатрии

Разработка современной классификации психических расстройств встречает серьезные затруднения, обусловленные, в том числе, текущим уровнем знаний в области психиатрии. В значительной степени это касается систематики шизофрении.

Действующие на сегодняшний день классификации шизофрении и расстройств шизофренического спектра (МКБ-10, DSM-5) [14, 17], при всех своих преимуществах, страдают рядом серьезных недостатков:

1) отсутствуют указания на ведущий синдром при тенденции к исключению из классификаций форм заболевания (например, в DSM-5 дименсиональная оценка является факультативной и приводится лишь в приложении) [14];

2) не учитывается депрессивная симптоматика, хотя в среднем 1/3 больных на различных этапах заболевания (в зависимости от последнего разброс составляет 6–50%) обнаруживает депрессивные расстройства [1, 10, 21, 22];

3) не диагностируется тяжесть расстройств;

4) не учтена динамика синдрома;

5) не рассматривается течение болезни;

6) не учитываются ремиссии.

Указанные и некоторые другие особенности классификаций и связанный с этим дизайн проведения клинических исследований приводят к ощутимым последствиям. Как показал анализ высококачественных с точки зрения критериев доказательной медицины публикаций, представленных в мета-анализах из кокрановской библиотеки [8], выборки больных в различных работах значительно различаются (по полу, возрасту, структуре и тяжести расстройств), что существенно затрудняет корректное сравнение полученных результатов. По-видимому, в том числе, именно из-за высокой вероятности различий в случайных выборках больных отмечаются существенные различия в результатах биологических исследований (генетических, нейровизуализационных, нейрофизиологических и пр.).

Кроме этого, следует констатировать отсутствие прогресса в возможностях клинической диагностики заболевания. Существенной проблемой является недостаточное внимание к проведению лонгитудинальных исследований. Основной акцент при диагностике заболевания на текущем психическом статусе совмещается с недоучетом состояния больных на разных этапах болезни, не рассматривается ее течение.

В определенной степени именно с этим (рассмотрение шизофрении как единообразного по клинической картине заболевания без попыток дифференцировать клиническое состояние больных – как в статике, так и в динамике) связаны проблемы с определением особенностей спектра психотропной активности имеющихся психофармакологических препаратов [18, 23].

В результате, затруднено понимание сущности болезни: шизофрения рассматривается только как прогрессирующее заболевание с неблагоприятным исходом, что находит отражение в некоторых моделях. В частности, в широко известной стадийной модели шизофрении [19] не предусмотрена возможность выздоровления или, хотя бы, длительного стойкого улучшения. Однако данный подход противоречит имеющимся многочисленным катамнестическим исследованиям, указывающим, что не менее 20–25% больных шизофренией выздоравливают [12, 13, 15, 16], причем эта возможность касается и наиболее тяжелого стационарного контингента пациентов.

Так, показано, что к концу 5-летнего катамнестического наблюдения почти у 41% больных, перенесших первый психотический эпизод, отмечалась симптоматическая ремиссия длительностью не менее 2 лет; у 22% – хорошее социальное и трудовое функционирование, а в 12% случаев можно было говорить о выздоровлении [20].

С этими данными согласуются результаты недавно проведенного катамнестического исследования [9]: в течение 2010 года сплошным невыборочным методом были изучены амбулаторные карты всех больных, обратившихся в 1980–1985 годах в психоневрологический диспансер №14 города Москвы¹, и которым был выставлен диагноз шизофрении или одного из расстройств шизофренического спектра (189 чел.). Таким образом, на момент обследования катамнез составлял не менее 25 лет. Было показано, что у 44,4% пациентов после перенесенного первого психотического состояния отмечалась стойкая ремиссия длительностью не менее 5 лет. Общее количество приступов за все время болезни почти в 80% случаев не превышало 5 и только у 4% пациентов было 11 или более; 5% больных не госпитализировались, а еще 29% – поступали в больницу лишь однажды. Частые госпитализации (11 и более за все время болезни) отмечались только у 9% больных.

Таким образом, значительная часть больных обнаруживает относительно благоприятное течение заболевания и наблюдается преимущественно амбулаторно. При этом, больные значительную часть времени находятся в состоянии ремиссии, что требует разработки ее систематики.

В течение ряда десятилетий в российской психиатрии разрабатывалась феноменологическая характеристика расстройств в ремиссии [3–5, 7]. Последние 10 лет активно обсуждаются предложенные международно-группой исследователей стандартизиро-

ванные критерии ремиссии [11]. Согласно последним, для определения ремиссии при шизофрении необходимы следующие условия: невысокая тяжесть расстройств, определяемых с использованием психометрических шкал и сохраняющихся определенный период времени. Например, выраженность расстройств в течение 6 месяцев не должна превышать 3 баллов по PANSS по каждому из следующих пунктов: 1) бред (P1); 2) необычное содержание мыслей (G9); 3) галлюцинаторное поведение (P3); 4) концептуальная (понятийная) дезорганизация (P2); 5) манерность и позирование (G5); 6) притупленный аффект (N1); 7) пассивно-апатическая социальная отгороженность (N4); 8) нарушение спонтанности и плавности речи (N1).

Как видно, предложенные критерии учитывают только небольшую часть симптоматики (8 из 30 пунктов PANSS). При этом, как показано в специально проведенном исследовании [6], значительное количество ремиссионных состояний при использовании вышеприведенных критериев остаются не диагностированными. Авторами на основе проведенного статистического анализа были предложены модифицированные критерии, различающиеся для пациентов с различными формами заболевания (диагностика осуществлялась по МКБ-10), причем выраженность расстройств по PANSS для различных вариантов ремиссий различалась по отдельным пунктам, в ряде случаев превышая показатель 3 балла.

Другой подход к диагностике ремиссии при шизофрении базируется на ее определении как относительно стойкого послабления психопатологической симптоматики [2]. При этом полная ремиссия подразумевает отсутствие позитивных расстройств, обычно с восстановлением критического отношения к перенесенному психозу и невыраженностью личностных изменений. При неполной ремиссии, вне зависимости от выраженности симптомов, необходимо наличие относительно упорядоченного, социально приемлемого поведения (отсутствие поступков категорически недопустимых в данной культуре), в том числе без агрессивных и аутоагрессивных тенденций, а психопатологические расстройства должны быть в значительной степени дезактуализованы, лишены аффективной насыщенности, становясь «частным делом» больного, не влияя на его поступки или влияя на них лишь в минимальной степени. При этом авторами представлены описания для характеристики ремиссии в отношении каждого психопатологического феномена (бред, галлюцинации, психические автоматизмы и пр.).

Например, при наличии *бредовых идей* они не генерализованы, дезактуализованы, выявляются только при направленном расспросе, практически не отражаются на поведении пациента и не сказываются на взаимоотношениях с другими людьми; отсутствуют выраженная подозрительность, враждебность.

Галлюцинации в одной или (редко) в двух сферах, как правило, эпизодические и неотчетливые.

¹ В настоящее время диспансер реформирован.

При наличии более стойких галлюцинаторных расстройств, они имеют положительную (больного хвалят, дают «добрые советы») или нейтральную окраску (бытовые комментарии), легко исчезают при переключении внимания (выполнении какого-либо дела, беседе) и не отражаются на поведении; наличие императивных галлюцинаций, угрожающих «голосов» противоречит диагностике ремиссии.

Психические автоматизмы возникают лишь эпизодически, носят редуцированный мимолетный характер, отсутствует ощущение подчинения чужой воле и неприятный характер переживаний, возможно появление благожелательного воздействия или взаимный «обмен информацией». Данные переживания практически не сказываются на поведении, оставаясь фактом внутренней жизни пациента.

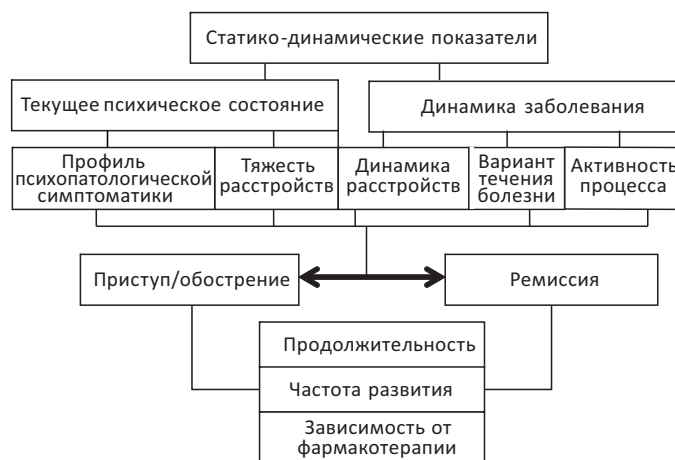
В целом, основываясь на текущем уровне знаний можно предложить феноменологическую многоосевую классификацию шизофрении (рисунок), учитывающую:

1) **текущее психическое состояние** – статус: ведущий синдром/дименсии; выраженность расстройств (легкая степень, средняя тяжесть, тяжелая); устойчивость состояния;

2) **динамику заболевания** (лонгитудинальный подход), включая вариант течения (эпизодическое/непрерывное течение) и этап: обострение (приступ) – ремиссия;

3) **активность процесса** (фаза активного течения, фаза регрессивности; фаза стабилизации).

В соответствии с представленной классификацией, клиническая характеристика ремиссии должна отражать, в том числе, динамику ремиссионного состояния как на протяжении текущей ремиссии, так и в длиннике заболевания. При ее описании должны быть представлены наличие продуктивной,



Феноменологическая многоосевая классификация шизофрении

негативной симптоматики и когнитивных нарушений и их синдромальная оформленность; выраженность расстройств (полная/неполная ремиссия); стойкость ремиссионного состояния (этап консолидации ремиссии/стойкая ремиссия/декомпенсация ремиссии); вариант течения заболевания (эпизодическое/непрерывное течение); фаза (активность процесса). Например, диагноз может звучать следующим образом: шизофрения, эпизодическое течение с нарастающим дефектом в фазе регрессивности; неполная параноидная ремиссия на этапе консолидации.

В целом, в диагностической рубрике «Шизофрения» международной классификации болезней 11 пересмотра предлагается отразить следующие особенности заболевания: 1) текущее состояние – статус (синдром/дименсии и их тяжесть); 2) лонгитудинальная оценка состояния – динамика болезни как на всем ее длиннике (вариант течения), так и на данном этапе (приступ (обострение)/ремиссия).

ЛИТЕРАТУРА

- Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. и соавт. Частота выявления депрессивных нарушений и их терапия при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра в клинической практике в России // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2013. Т. 113, № 11. С. 28–33.
- Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Ремиссии и личностно-социальное восстановление (recovery) при шизофрении: предложения к 11 пересмотру МКБ // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, № 4. С. 34–39.
- Жариков Н.А. Клиника ремиссий при шизофрении в отдаленном периоде заболеваний: Дисс. ... докт. мед. наук. М., 1961.
- Зеневич Г.В. Ремиссии при шизофрении. Л., 1964. 216 с.
- Морозов В.М. Ремиссии при шизофрении и вопросы трудовой экспертизы и трудоустройства // Журн. неврологии и психиатрии. 1953. Т. 53, № 10. С. 770–774.
- Мосолов С.Н., Потапов А.В., Шафаренко А.А. и соавт. Валидизация стандартизированных клинико-функциональных критериев ремиссии при шизофрении диспансер // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. Т. 21, № 3. С. 36–42.
- Смулевич А.Б., Андрищенко А.В., Бескова Д.А. Проблема ремиссий при шизофрении: клинко-эпидемиологическое исследование // Журн. неврологии и психиатрии. 2007. Т. 107, № 5. С. 4–15.
- Шмуклер А.Б. Доказательные исследования в психиатрии: анализ практической значимости // Психиатрия и психофармакотерапия. 2012. Т. 14, № 5. С. 4–13.
- Шмуклер А.Б., Бочкарева О.С. Отдаленный катамнез больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра после первого обращения в психоневрологический диспансер // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 2. С. 10–15.
- Addington D.D., Azorin J.M., Fallon I.R.H. et al. Clinical issues related to depression in schizophrenia: an international survey of psychiatrists // Acta Psychiatr. Scand. 2002. Vol. 105. P. 189–195.
- Andreasen N.C., Carpenter W.T. Jr., Kane J.M. et al. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus // Am. J. Psychiatry. 2005. Vol. 162, N 3. P. 441–449.
- Bleuler M. The Schizophrenic Disorders. Yale University Press, New Haven, 1972.
- Ciampi L. The natural history of schizophrenia in the long term // Br. J. Psychiatry. 1980. Vol. 136. P. 413–420.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-5). Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2013.
- Harrison G., Hopper K., Craig T. et al. Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study // Br. J. Psychiatry. 2001. Vol. 178. P. 506–517.
- Harrow M., Jobe T.H. How frequent is chronic multiyear delusional activity and recovery in schizophrenia: A 20-year multi-follow-up // Schizophr. Bull. 2010. Vol. 36, N 1. P. 192–204.
- ICD-10: Version 2010. Chapter V. Mental and behavioral disorders (F00-F99). <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>
- Leucht S., Komossa K., Rummel-Kluge Ch. et al. A meta-analysis of head-to-head comparisons of second-generation antipsychotics in the treatment of schizophrenia // Am. J. Psychiatry. 2009. Vol. 166, N 2. P. 152–163.
- McGorry P.D., Allot K., Jackson H.J. Diagnosis and the staging model of psychosis // The recognition and management of early psychosis / H.J.Jackson, P.D.McGorry (Eds.). Cambridge University Press, 2010. P. 17–27.

20. Robinson D.G., Woerner M.G., McMeniman M. et al. Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder // *Am. J. Psychiatry*. 2004. Vol. 161. P. 473–479.
21. Schennach-Wolff R., Obermeier M., Seemuller F. et al. Evaluating depressive symptoms and their impact on outcome in schizophrenia applying the Calgary Depression Scale // *Acta Psychiatr. Scand.* 2011. Vol. 123. P. 228–238.
22. Siris S.G., Addington D., Azorin J.M. et al. Depression in schizophrenia: recognition and management in the USA // *Schizophr. Res.* 2001. Vol. 47. P. 185–197.
23. Tandon R., Nasrallah H., Keshavan M.S. Schizophrenia, “just the facts”. 5. Treatment and prevention. Past, present and future // *Schizophr. Res.* 2010. Vol. 122. P. 1–23.

ШИЗОФРЕНИЯ В СИСТЕМАТИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер

В статье обсуждаются особенности и недостатки современной систематики шизофрении и расстройств шизофренического спектра. Вносятся предложения по ее улучшению, в частности, касающиеся динамической

оценки статуса и течения болезни, а также ремиссионных состояний.

Ключевые слова: шизофрения, расстройства шизофренического спектра, ремиссия, классификация психических расстройств, МКБ-11.

SCHIZOPHRENIA IN CLASSIFICATION OF MENTAL DISORDERS

I.Ya. Gurovich, A.B. Shmukler

The authors discuss the characteristics and drawbacks of current classification of schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders. The authors make proposals on classifying these disorders, specifically, concerning

dynamic evaluation of the status and the course of disease, as well as remission.

Key words: schizophrenia, schizophrenia spectrum disorders, remission, classification of mental disorders, ICD-11.

Гурович Исаак Яковлевич – доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе и руководитель отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: prof.gurovich@gmail.com

Шмуклер Александр Борисович – доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: ashmukler@yandex.ru