

УДК 616.89–005

ДИАГНОЗ И КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В РУССКОЯЗЫЧНОЙ ПСИХИАТРИИ: РАЗДЕЛ РАССТРОЙСТВ АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА

В. Н. Краснов*ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России*

8–9 июня 2010 года по инициативе Российского общества психиатров и по согласованию с Департаментом психического здоровья ВОЗ в Санкт-Петербургском психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева, как сотрудничающем центре ВОЗ, была проведена международная рабочая дискуссия, посвященная позициям и возможному вкладу русскоязычных психиатров в ревизию МКБ-10 и формирование МКБ-11. В продолжение этой дискуссии ниже излагаются некоторые предпосылки и перспективы включения опыта русской и русскоязычной психиатрии в процесс развития международной классификации.

Современные классификации МКБ-10 и DSM-IV отражают многие противоречивые тенденции развития психиатрии последних лет. Первостепенное отношение к классификации имеют следующие:

1. Необходимость использования унифицированных, международно принятых диагностических категорий.

2. Упрощение диагностического процесса за счет калькуляции симптомов расстройства (операциональная диагностика).

3. Преимущественно статическая оценка расстройств, то есть идентификация актуальной (существующей на определенный момент) комбинации симптомов, в лучшем случае – структурированного синдрома с определенной иерархией симптомов в качестве диагностической единицы, без принятия во внимание патогенеза расстройства и закономерностей его течения.

4. Влияние общественного мнения на номенклатуру (наименование) расстройств в связи с известными предрассудками и предубеждениями в отношении психиатрии: в некоторых случаях обоюдное стремление психиатров, сообществ пациентов и их родственников приводит к радикальным предложениям отказаться от общепринятых медицинских диагностических терминов, таких как шизофрения [25]. Отказ от общепринятой терминологии чреват утратой научных ориентиров в психиатрии и медицине в целом.

Названные тенденции связаны с утилитарной сущностью классификации, которая является результатом консенсуса экспертов и отражает в большей мере неотложные потребности психиатрической практики, чем состояние научных поисков. Это отличает классификацию от психопатологической систематики как теоретического и концептуального уровня клинического анализа: систематика основывается на структурных связях и динамических взаимоотношениях явлений психической деятельности (как аномальных, болезненных, так и защитных, компенсаторных). В известной мере можно считать неоправданными ожидания обязательного соответствия психопатологической и патогенетической оценки рассматриваемого состояния и его места номенклатуре общепринятой на конкретный период времени классификации. Это отнюдь не означает отказ от необходимости поиска соответствий и общих элементов психопатологической систематики и номенклатурной классификации психических расстройств. В качестве примера такого сближения современной психопатологии и принятых на сегодня классификаций можно назвать все более очевидное стремление учитывать социальное функционирование пациента или лица, выздоравливающего от психического расстройства. В обоих случаях оно выступает как необходимый элемент и психопатологического анализа, и диагностической квалификации конкретного расстройства.

Хотя большинство российских и русскоязычных психиатров в Белоруссии, Украине, Казахстане, Армении признают достоинства МКБ-10 как единого языка общения среди психиатров всего мира, они склонны критически оценивать некоторые общие и частные положения МКБ-10 и DSM-IV. Они рассматривают отказ от нозологии (как основы классификации) в качестве временного отступления, необходимого для уточнения данных, касающихся этиологии и патогенеза большинства психических расстройств. Атеоретизм МКБ-10 и DSM-IV, как известно, декларируется как отказ от идеологии, к которой причислена нозологическая клиническая система, в первоначальном виде созданная

Э.Крепелином [16]. На самом деле нозологическая система являлась и является способом познания болезненных явлений с использованием тех знаний и данных, которые доступны на каждый конкретный момент времени.

Русскоязычные психиатры, опирающиеся на традиции классической клинической психиатрии, прежде всего немецкой, французской и русской, не отвергают полностью нозологический принцип. Они надеются на построение новой нозологии как единства этиологии, патогенеза, феноменологии и течения заболевания. Этиология, в свою очередь, предполагает внутренние (наследственные и врожденные) и внешние причины, тот или иной морфологический субстрат патологических изменений, прежде всего церебральный, но наряду с этим также изменения различных соматических систем. Клиническая симптоматика оценивается с позиций динамической психопатологии, то есть с учетом иерархии симптомов, их взаимосвязей (как спонтанных, так и зависящих от терапии). Некоторые симптомы психического заболевания выходят за рамки психопатологии и могут принадлежать более широкой клинической феноменологии, связанной с психическим расстройством: например, изменения вегетативной регуляции, эндокринных и иммунных процессов при таких заболеваниях, как шизофрения, аффективные расстройства, расстройства пищевого поведения.

Статическая регистрация комбинации симптомов сама по себе не дает оснований для установления надежного диагноза. Более того, отдельные индивидуальные признаки или «жалобы», характерные для того или иного заболевания, не могут рассматриваться как симптомы до тех пор, пока они не влияют на поведение данного лица, мотивацию и продуктивность его деятельности и проявляются вне связи с другими болезненными феноменами. Диагностическая процедура в традициях русскоязычной психиатрии всегда включала и включает совокупность детальной информации о преморбидном периоде жизни пациента, начале заболевания и условиях, в которых оно возникло, а также о его течении. Методология установления диагноза предполагает рассмотрение развития симптомов, выявление внутренних связей между отдельными элементами, прослеживание формирования синдрома. В свою очередь, синдром понимается как динамическое образование, с меняющимися структурными соотношениями симптомов. В процессе аутохтонного, спонтанного развития заболевания одни симптомы выдвигаются на передний план, другие редуцируются или оказываются скрытыми, но не исчезают полностью: таковы закономерности синдромокинеза, движения синдрома [4, 9, 11]. Кроме того, в процессе достаточно длительного наблюдения или терапии нередко можно констатировать видоизменение, смену синдромов, то есть сидромотаксис. Наиболее близкие оценки динамики расстройств сложились среди русскоязычных

психиатров в отношении аффективной и невротической патологии [2, 3, 8, 12]. Например, тревожный синдром по типу панического расстройства может трансформироваться в тревожную депрессию с выявлением депрессивных суточных колебаний, а в последующем – в еще более типичную депрессию с тоской и заторможенностью, возможными парциальными признаками тревожного возбуждения, снижением побуждений к деятельности, угнетением витальных влечений, характерными суточными колебаниями, формированием идей малоценности, самообвинения, депрессивным (пессимистическим по содержанию) моноидеизмом. Затяжные депрессии сопряжены со «смещением» аффекта в направлении апатии, болезненно переживаемого угнетения мотивации. Такой этап закономерен для аффективного расстройства.

Другой пример, указывающий на необходимость динамического диагностического подхода: астенический синдром с вегетативной и эмоциональной лабильностью при органическом поражении головного мозга или тяжелом хроническом соматическом заболевании с течением времени может усугубляться когнитивными нарушениями и трансформироваться в органический психосиндром, близкий по своим проявлениям к умеренно выраженной деменции. На этапах формирования патологии органического регистра нередко выявляются психовегетативные и собственно аффективные включения, в том числе и стертые биполярные.

Психофармакологический анализ, то есть использование терапии и как лечебного фактора, и как инструмента исследования, позволяет изучать психопатологическую динамику синдрома и уточнять диагноз заболевания на разных этапах его течения [1, 8]. Например, применение антипсихотических средств при параноидной шизофрении может выявить скрытую депрессию. В других случаях, применение при депрессии антидепрессантов со стимулирующим компонентом действия иногда выявляет неконгруэнтные аффекту бредовые идеи (например, персекуторные), что требует пересмотра диагноза и изменения лечения. Еще одним примером использования фармакологических средств не только как терапевтического, но и как диагностического инструмента можно считать симптоматическое кратковременное назначение бензодиазепинов при некоторых тревожных расстройствах с выраженными вегетативными нарушениями и бурной тревожной экспрессией в поведении. При блокировании или редукции тревоги, в части случаев благодаря им, выявляется устойчивая депрессивная симптоматика, что требует уточнения диагностической оценки и выбора адекватной терапии. Наконец, можно сослаться на известные факты, свидетельствующие об относительно быстрой редукции кажущейся доминирующей тревоги при тревожных депрессиях, в случае назначения антидепрессантов с анксиолитическим действием (тразодон, миансерин, миртазапин), в то время, как постепенная

редукция собственно депрессивного «ядра» синдрома отстает на две-три недели от первичного анксиолитического действия данных антидепрессантов.

Русские и русскоязычные психиатры до настоящего времени предпринимают попытки подтвердить единую сущность депрессий и большинства тревожных расстройств в рамках тревожно-депрессивных состояний, несмотря на принятое в современных классификациях МКБ-10 и DSM-IV их разделение как якобы дискретных по своей природе.

Тесные клинические взаимосвязи тревоги и депрессии были сформулированы уже в традиционной психиатрии [19, 24, 26]. В клинической практике, имеющей дело с рекуррентными депрессиями, хорошо известен факт все меньшей представленности тревоги в каждом последующем эпизоде депрессии, в то время как типичные проявления депрессии (суточные колебания с утренними ухудшениями, снижение побуждений к деятельности, угнетение влечений, чувство вины и др.) выступают все более отчетливо. Клинически и эпидемиологически различия между затяжными тревожными расстройствами и большим депрессивным расстройством (особенно если речь идет о первом депрессивном эпизоде) не вполне очевидны [15, 17, 23, 27].

Специальное исследование расстройств аффективного спектра в первичной медицинской сети в рамках программы «Распознавание и лечение депрессий в первичной сети» [6, 7] также подтверждает частую трансформацию тревожных расстройств в депрессивные состояния в ходе более или менее длительного наблюдения. Целью исследования являлось изучение распространенности расстройств аффективного спектра в учреждениях первичной сети. Использовались следующие методы: специальный скрининговый опросник, полуструктурированное психиатрическое интервью, клинический опросник SCL-90-R, шкала депрессии Гамильтона (HDRS-17); в последние годы использовалась также шкала тревоги Гамильтона.

В 2000–2001 годах был проведен скрининг расстройств аффективного спектра в нескольких территориальных поликлиниках в трех городах России. В исследование включались работающие или учащиеся лица в возрасте от 18 до 55 лет. На первом этапе исследования с помощью 7-пунктового скринингового опросника была выделена группа обращающихся в поликлинику лиц с различными расстройствами аффективного спектра, включая подпороговые депрессии, тревожные и соматоформные расстройства. Эту группу составили 2 749 человек (51,2%) при общем числе прошедших скрининг 5 366 пациентов. Им была предложена консультация психиатра в специальном (психотерапевтическом) кабинете, по поводу выявленных у них симптомов. 1 919 пациентов (35,8% от общего числа) согласились на беседу с психиатром. У 1 616 (30,1%) был установлен диагноз депрессии в соот-

ветствии с критериями депрессивного эпизода; в 1 330 случаях (24,8%) тяжесть депрессии соответствовала 15 и более баллам по шкале депрессии Гамильтона. Диагностическое распределение данных случаев представлено в таблице. В соответствии с условиями упомянутой выше программы часть этих лиц согласилась пройти шестимесячный курс медикаментозной терапии современными антидепрессантами, главным образом сертралином либо тианептином.

У абсолютного большинства пациентов проявления депрессии доминировали в болезненном состоянии, но сопровождались субсиндромальными или умеренно выраженными тревожными расстройствами. Наряду с этим, отмечались различные сочетания депрессии, тревоги и соматоформных расстройств – со сходными уровнями соматизации, депрессии и тревоги по соответствующим субшкалам SCL-90-R. Что касается доминирования тревожных расстройств (в частности, генерализованного тревожного расстройства, панического расстройства), они были диагностированы только в 238 случаях (4,4% от общего числа). Причем, и в этих случаях присутствовали признаки депрессивных нарушений только на субсиндромальном уровне, но они еще не соответствовали критериям «расстройства». На данном этапе этим пациентам были рекомендованы на короткое время бензодиазепины, гидроксизин или бета-блокаторы.

В последующие годы на каждом этапе исследования в целом сохранялись прежние пропорции выраженности и психопатологической «структурированности» расстройств аффективного спектра. При этом, часть прошедшей первичный скрининг выборки возвращалась в программу обследования в последующие годы, и в период 2002–2005 годов у почти 200 человек повторно выявляемая симптоматика, ранее трактуемая как субдепрессивная либо тревожная (ГТР, паническое расстройство и др.), оказывалась вполне соответствующей критериям депрессии.

Почти все изученные случаи представляли собой комбинацию тревоги и депрессии с различной степенью выраженности этих расстройств. Попытки диагностировать тревожные расстройства как предположительно независимые состояния в целом оказались неудачными. Лишь в нескольких случаях устойчивое преобладание тревожных симптомов соответствовало критериям «тревожного расстройства». Причем, и в этих случаях прослеживались признаки депрессивных нарушений, по крайней мере на субсиндромальном уровне, но они еще не могли быть квалифицированы как «расстройство». Между тем, обычно именно тревожные симптомы являлись поводом для обращения пациента к врачу. Заслуживает внимания тот факт, что социальная фобия почти никогда не являлась поводом для обращения за помощью в первичную медицинскую сеть. Соматоформные расстройства в качестве самостоятельных, без (суб)депрессивных либо тре-

возможных проявлений, также могли быть диагностированы лишь в редких случаях.

Таким образом, можно предположить тенденцию трансформации аффективных расстройств с течением времени или при развитии повторных эпизодов – от преобладающих тревожных симптомов к смешанным тревожно-депрессивным состояниям и, далее, к собственно депрессивному синдрому. Это может служить аргументом в пользу единой патогенетической сущности расстройств аффективного спектра. Тревога обнаруживается на начальном этапе или как фасадный первичный аффект с тенденцией трансформации в более или менее типичную депрессию.

С учетом результатов предшествующих исследований психопатологических и биологических закономерностей динамики различных типов депрессии можно предположить, и это предположение согласуется с рассмотренными выше данными по расстройствам в первичной сети, что депрессия имеет несколько стадий развития. Они могут быть представлены следующим образом:

1. Продром с неспецифическими симптомами эмоциональной и вегетативной неустойчивости.

2. Стадия тревоги, включающая три этапа (субстадии):

- ситуационная тревога с конкретным поводом;
- свободноплавающая тревога с меняющимися объектами тревоги, преимущественно случайными;
- тревога беспредметная (без конкретного повода или объекта).

3. Собственно депрессивная стадия, включающая три этапа (субстадии):

- депрессия с элементами тревоги в сочетании с тоскливым аффектом;
- депрессия с доминированием тоски, при наличии скрытой тревоги;
- депрессия с ареактивностью/гипореактивностью и психомоторной заторможенностью.

Обозначенные здесь стадии и этапы, разумеется, схематичны. В соответствии с классическими традициями важно учитывать, что изменениям подвергаются не только эмоциональные проявления синдрома, но и его соматические, мотивационно-волевые, двигательные, когнитивные (исполнительные и идеаторные) компоненты.

Операциональный диагноз регистрирует только определенную стадию расстройства на момент обращения пациента за помощью. Установление динамических аспектов диагноза представляется задачей будущей классификации.

Наличие частой комбинации тревоги и депрессии при редких случаях «чистой» тревоги (тревожных расстройств) или «чистой» депрессии в популяции обращающихся в первичную медицинскую сеть вступает в противоречие с концепцией их самостоятельности и рассмотрения их как коморбидных расстройств. Динамические связи и взаимоотношения между двумя расстройствами в большей мере соответствуют клинической реальности.

Диагнозы в соответствии с МКБ-10 у лиц с выявленной депрессией при обращении в учреждения первичной медицинской сети в 2000–2001 гг. (n=1 616)

F32	Депрессивный эпизод	31,2%
F33	Рекуррентное депрессивное расстройство	24,1%
F34	Хроническое депрессивное расстройство (главным образом, «двойная депрессия» в рамках дистимии)	26,3%
F41.2	Смешанное тревожное и депрессивное расстройство	11,0%
F43.21	Затяжная депрессивная реакция	3,1%
	Прочие	4,3%

Примечания: n=1 616 пациентов.

Однако для выявления этих связей и тенденций развития требуются специальные диагностические подходы, основывающиеся на динамическом анализе клинических состояний. Динамическая иерархия и сложные взаимосвязи депрессии и тревоги должны быть приняты во внимание в процессе создания будущей диагностической системы. Это предполагает установление функционального диагноза, в котором тревожно-депрессивное аффективное расстройство рассматривается как единая сущность, своего рода клинический континуум – от расстройств адаптации с протрагированными тревожными симптомами до тяжелой меланхолической депрессии.

Операциональные критерии для различных расстройств не позволяют решить проблемы их общей сущности, взаимосвязанности, хотя они вполне приемлемы на начальных стадиях диагностической процедуры. Скорее всего концепция коморбидных расстройств может считаться обоснованной для комбинаций аффективных расстройств и соматических заболеваний. Наряду с этим, исследования должны быть нацелены на поиск патогенетических связей между некоторыми соматическими расстройствами и определенными этапами аффективного расстройства. Прежде всего, следует принять во внимание частые сочетания депрессий и кардиоваскулярной патологии (20,2% в показанной выше выборке – таблица).

Симптомы генерализованного тревожного расстройства имеют много общих признаков с депрессией и часто являются продромальной фазой депрессивного эпизода или его резидуальными симптомами. Более или менее сходны взаимосвязи, которые можно выявить между паническим расстройством и большим депрессивным расстройством в общем контексте расстройств аффективного спектра. Различия в значительно большей мере имеют отношение к физиологической (включая эмоциональную и вегетативную) реактивности, чем к психопатологии как таковой. Существуют некоторые особые проблемы, с которыми сталкиваются российские и русскоязычные психиатры при использовании МКБ-10.

Некоторые примеры таковы.

1. Большинство русскоязычных психиатров, особенно тех, кто имеет значительный опыт в лечении жертв масштабных катастроф, военных действий или террористических актов, критически рассматривают слишком широкое распространение клинического диагноза посттравматического стрессового расстройства [14–16]. Значительная часть состояний, относимых в англоязычных публикациях к PTSD, в российских источниках интерпретируется иным образом: преимущественно как затяжные депрессии или полиморфные состояния, комбинации дистимических расстройств, легкого когнитивного расстройства, личностных девиаций и психосоматических дисфункций, иногда с чрезмерным употреблением алкоголя или приемом наркотиков. Природа таких расстройств может быть понята скорее как многофакторная, а не исключительно посттравматическая.

Симптомадика этих расстройств может иметь либо положительную динамику (при благоприятных обстоятельствах), либо тенденцию ухудшения со снижением интеллектуальной и физической продуктивности, приближаясь к вариантам органического психосиндрома по Э.Блейлеру [13]. Сходные идеи по поводу сложной природы и полиморфизма посттравматических стрессовых расстройств относительно редко, но тем не менее встречаются также и в современной англоязычной литературе [14, 22].

Очевидна семантическая неточность, которая безусловно должна быть устранена из текста будущей МКБ-11. Речь идет о категории стресс-зависимых расстройств (F43). Одна из форм этого расстройства названа «реакцией на тяжелый стресс». Это представляется алогичным, поскольку сам по себе стресс является реакцией адаптации на изменения окружающей среды. Более приемлемой была бы общая категория «стрессовых расстройств» с

дифференциацией острых и затяжных осложненных форм.

2. Не только российские, но и украинские [10], белорусские [3] психиатры редко используют диагностическую категорию социальная фобия. Русскоязычные психиатры склонны интерпретировать такие симптомы, как обычную в подростковом возрасте преходящую чрезмерную застенчивость, либо как первые признаки иных заболеваний, в частности, депрессии либо шизофрении. С терапевтической точки зрения социальная фобия может служить рабочим понятием в практике клинических психологов до установления определенного психиатрического диагноза.

3. Категория «расстройство соматизации» (F45.0) не имеет под собой реальных клинических оснований и сама по себе противоречива как научное понятие. Соматизация – суть не состояние, а процесс вовлечения различных соматических функций – вегетативных, метаболических, нейроэндокринных, иммунных, трофических – в патологическое состояние. Опираясь на традицию [18, 23, 24], соматизация может быть рассмотрена как отражение первично аффективных расстройств (тревоги и депрессии) на вегетативно-соматическом уровне. Исторически понятие «somatization disorder» является лишь другим обозначением конверсионного расстройства [20]. Соматоформные расстройства в целом являются действительно распространенной и понятной с патогенетических позиций категорией, особенно как соматоформная вегетативная дисфункция (F45.3), где также обычно предполагается субаффективная почва. Что касается ипохондрии, имело бы смысл дифференцировать неврозоподобное ипохондрическое расстройство (F45.2) и бредовые ипохондрические идеи в рамках шизофрении или расстройств шизофренического спектра.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных. 2-е изд. М.: Медицина, 1988.
2. Бирюкович П.В., Синицкий В.М., Ушеренко Л.С. Циркулярная депрессия. Киев: Наукова Думка, 1979.
3. Евсегнеев Р.А. Психиатрия в общей медицинской практике. М.: Медицинское информационное агентство, 2010.
4. Клиническая психиатрия / Под ред. Н.Е.Бачерикова. Киев: Здоровья, 1989.
5. Коханов В.П., Краснов В.Н. Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций. М.: Практическая медицина, 2008.
6. Краснов В.Н. Научно-практическая программа «Выявление и лечение депрессий в первичной медицинской сети» // Социальная и клиническая психиатрия. 1999. Т. 9, № 4. С. 5–9.
7. Краснов В.Н., Довженко Т.В., Бобров А.Е. и соавт. Совершенствование методов ранней диагностики психических расстройств (на основе взаимодействия со специалистами первичного звена здравоохранения) / Под ред. В.Н.Краснова. М.: Медпрактика-М, 2008.
8. Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. Аффективные психозы. Л.: Медицина, 1988.
9. Портнов А.А. Общая психопатология. М.: Медицина, 2004.
10. Психиатрия и наркология / Под ред. В.Л.Гавенко, В.С.Битенского. Киев: Медицина, 2009.
11. Снежневский А.В. Клиническая психопатология // Руководство по психиатрии / Под ред. А.В.Снежневского. М.: Медицина, 1983. С. 1697.
12. Сукиасян С.Г., Тадевосян А.С., Чшмаритян С.С., Манасян Н.Г. Стресс и постстрессовые расстройства. Личность и общество. Ереван: Асорук, 2003.
13. Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin: Julius Springer-Verlag, 1916.
14. Everett B., Ismail K., David A., Wessely S. Searching for a Gulf War syndrome using cluster analysis // Psychol. Med. 2002. Vol. 32, N 8. P. 1371–1378.
15. Fink M., Taylor M.A. Melancholia: the diagnosis, pathophysiology and treatment of depressive illness. Cambridge: Cambridge University Press, 2006.
16. Kraepelin E. Lehrbuch der Psychiatrie. Leipzig: A.Barth, 1896.
17. Kessler R.C., Chiu W.T., Demler O. et al. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication // Arch. Gen. Psychiatry. 2005. Vol. 62, N 6. P. 627.
18. Lesse S. The multivariant masks of depression // Am. J. Psychiatry. 1968. Vol. 124, N 1. P. 35–40.
19. Lewis A. The state of psychiatry: essay and addresses. New York: Science House, 1967.
20. Lipowski Z.J. Somatization: the experience and communication of psychological distress as somatic symptoms // Psychother. Psychosomatics. 1987. Vol. 47. P. 160–167.
21. Lopez-Ibor J.J. Larvierte Depressionen und Depressionsäquivalente // Depressive Zustände: Erkennung, Bewertung, Behandlung / P. Kielholz (Ed.). Bern, Stuttgart, Wien: Verlag Hans Huber, 1972.
22. McFarlane A.C. Psychiatric morbidity following disasters: epidemiology, risk and protective factors // Disasters and Mental Health / J.J.Lopez-Ibor et al. (Eds.). Chichester: John Wiley & Sons, 2005.
23. Preisig M., Merikangas K.R., Angst J. Clinical significance and comorbidity of subthreshold depression and anxiety in community // Acta Psychiatr. Scand. 2001. Vol. 104. P. 96–103.

24. Schneider K. Klinische Psychopathologie. Stuttgart: G.Thieme Verlag, 1962.

25. Van Os. J. A salience dysregulation syndrome // Br. J. Psychiatry. 2009. Vol. 194. P. 101–103.

26. Weitbrecht H.J. Psychiatrie im Grundriss. 3. Aufl. Berlin: Springer

Verlag, 1973.

27. Wittchen H.U., Kessler R.C., Pfister H. et al. Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective longitudinal community study // Acta Psychiatr. Scand. 2000. Vol. 102. P. 14–23.

ДИАГНОЗ И КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В РУССКОЯЗЫЧНОЙ ПСИХИАТРИИ: РАЗДЕЛ РАССТРОЙСТВ АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА

В. Н. Краснов

Статья посвящена настоящей классификации психических расстройств с позиции российских психиатров. Депрессивные и тревожные расстройства, особенно в контексте многолетнего отечественного исследования в первичных медицинских службах, обнаруживают тесную связь. Концепция психопатологической общности расстройств аффективного спектра соответствует более ранним работам

отечественных авторов. Спектр аффективных расстройств включает: 1) типичные аффективные расстройства, 2) смешанные тревожные и депрессивные расстройства и 3) соматоформные и стрессогенные расстройства.

Ключевые слова: классификация, депрессивные, тревожные расстройства.

PROBLEMS OF DIAGNOSIS AND CLASSIFICATION IN RUSSIAN-SPEAKING PSYCHIATRY: SECTION OF AFFECTIVE SPECTRUM DISORDERS

V. N. Krasnov

The paper deals with present-day classification of mental disorders regarded from the positions of Russian-speaking psychiatrists. Consideration of depressive and anxiety disorders, in particular in the context of a multi-year research within the settings of the primary care network, points to close links between these disorders. The concept of a psychopathological commonality

among affective spectrum disorders is set forth with references to earlier studies and the data of other Russian-language writers. The affective spectrum disorders cover (1) typical affective disorders, (2) mixed anxiety and depressive disorders, as well as (3) somatoform and stress-related disorders.

Key words: classification, anxiety, depressive disorders.

Краснов Валерий Николаевич – доктор медицинских наук, профессор, директор ФГУ «Московского НИИ психиатрии» Минздрава России; e-mail: krasnov@mtu-net.ru