

ОРГАНИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В МКБ-10: НЕСОВЕРШЕНСТВО КРИТЕРИЕВ ДИАГНОСТИКИ ИЛИ ПСЕВДОДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КАТЕГОРИИ

В.В. Калинин

Московский научно-исследовательский институт психиатрии

Известно, что в МКБ-10 включен большой диапазон органических психических расстройств (F00-F09), что *a priori* предполагает наличие строго дифференцированных и четких критериев при их диагностике. При этом категории органических расстройств должны иметь психопатологические особенности, принципиально отличающие их от сходных категорий, но другой, неорганической природы.

В данном контексте, во-первых, возникает вопрос, в какой мере критерии диагностики органических психических расстройств (ОПР) имеют специфические особенности, не перекрывающиеся с другими диагностическими категориями?

Во-вторых, имеет ли точная диагностика ОПР принципиальное значение для выбора терапии и будут ли существенные отличия в терапии больных с ОПР и больных со сходными расстройствами неорганической природы?

В-третьих, в какой мере критерии диагностики, изложенные в МКБ-10, соответствуют традиционным представлениям классической общей психопатологии?

Органический психосиндром (психоорганический синдром, ПОС) занимает центральное место в клинике мозговых органических поражений. Со времени E. Bleuler [1] и до введения в практику психиатрии МКБ-10 под ПОС понимали состояние психической слабости, обусловленное органическим поражением головного мозга безотносительно типа поражения (при сосудистых заболеваниях головного мозга, поражениях центральной нервной системы, при сифилисе, черепно-мозговых травмах, различных интоксикациях, хронических нарушениях обмена веществ, опухолях и абсцессах головного мозга, энцефалитах, а также при заболеваниях сопровождающихся судорожными припадками) [1, 7].

Кардинальное значение при квалификации ПОС имеет так называемая триада Н. Walter-Buell (1951), которая выделяет основные клинические признаки

органического психосиндрома: ослабление памяти (вплоть до корсаковского синдрома), ухудшение понимания и недержание аффектов. В клинику органического психосиндрома нередко включаются признаки очаговых расстройств речи, гнозиса и праксиса. Обязательным признаком является слабоумие.

В наиболее легкой форме ПОС проявляется в форме астенического стояния со слабостью, повышенной истощаемостью, эмоциональной лабильностью, неустойчивостью внимания, снижением работоспособности. При тяжелых формах ПОС на первое место выступает интеллектуально-мнестическое снижение, достигающее до степени деменции [7, 11].

ПОС представляет собой собирательное понятие. По существу, он включает группу психопатологических синдромов, возникших вследствие органического поражения головного мозга. Сходство патогенетических механизмов объясняет некоторые общие черты такого рода синдромов различной этиологии. По особенностям течения болезни и своеобразию отдельных болезненных психопатологических проявлений психиатр находит отличия между этими синдромами, позволяющие поставить нозологический диагноз. Так, психопатологическая картина прогрессивного паралича, атеросклеротического или алкогольного псевдопаралича может быть охарактеризована как органический психосиндром. Психиатру это необходимо для определения круга рассматриваемого психического заболевания. Лишь в процессе дифференциально-диагностического анализа можно поставить нозологический диагноз.

Вместе с тем, в МКБ-10 допускается расширительное толкование различных психопатологических расстройств в рамках органической патологии, в том числе и продуктивных, которые ранее не считались характерными для ПОС.

Ниже представлены все категории расстройств, которые могут возникать при органических поражениях головного мозга [11].

1. Амнестический синдром.
2. Делирий.

3. Деменция.
4. Органическое аффективное расстройство.
5. Органическое тревожное расстройство.
6. Органический галлюциноз.
7. Органическое бредовое или шизофреноформное расстройство.
8. Органическое кататоническое расстройство.
9. Органическое эмоционально-лабильное расстройство.
10. Легкие когнитивные нарушения.

В данном перечне выделяются как нетипичные для органической патологии категории органического аффективного расстройства, органического тревожного расстройства, органического бредового или шизофреноформного расстройства и органического кататонического расстройства.

Возникает вопрос, насколько правомерна и обоснована диагностика названных категорий в рамках ПОС. Иными словами, имеются ли самостоятельные специфические психопатологические характеристики для каждой из этих категорий, которые позволяли бы говорить исключительно об их органической природе?

Данный вопрос представляется важным, поскольку не для всех из указанных диагностических категорий приводятся описания конкретных критериев диагностики, а имеются ссылки на описания критериев эндогенных расстройств, хотя сами по себе термины «эндогенный психоз», «эндогенная депрессия» в МКБ-10 попросту не употребляются. Это касается, в частности категории органического тревожного расстройства.

Более того, если даже и приводится детальное описание критериев диагностики для других категорий (в частности, органического аффективного расстройства, органического бредового или шизофреноформного расстройства, органического кататонического расстройства), то подчеркивается, что решающим при этом являются указания на верифицированную органическую или соматическую патологию и временную связь между появлением названных психических расстройств и развитием этой патологии.

Иными словами, самостоятельность перечисленных диагностических категорий в рамках ПОС, как это представлено в МКБ-10, представляется спорной и даже спекулятивной. С нашей точки зрения, любые самостоятельные диагностические категории должны обладать строго специфическим набором характеристик, свойственных только этим категориям. Удовлетворяют ли этим условиям перечисленные диагностические категории?

Попробуем ответить на эти вопросы, рассмотрев категорию «Органического аффективного расстройства» (F06.3). Здесь следует отметить, что некоторыми авторами, в частности, А. Марнерос [5, 6] подчеркивается, что под органическим аффективным расстройством (ОАР) не следует понимать депрес-

сивную реакцию или переработку переживаний соматического генеза или их последствия. ОАР – не является неспецифическим синдромом в виде уязвимости аффективной сферы и влечений при экзогенно-органическом воздействии или соматическом заболевании. ОАР – это аффективное расстройство феноменологически сходное с эндогенной депрессией, возникающее под воздействием внешних факторов экзогенно-органического генеза.

Развивая эту дефиницию, можно прийти к выводу, что ОАР – это органически обусловленная эндогенная депрессия, или психоорганическая меланхолия [5, 6]. Термин «эндогенная депрессия» подразумевает лишь внешнюю психопатологическую форму, а не природу депрессии под действием органических факторов [5, 6, 8].

Следует также подчеркнуть, что между ОАР и эндогенной депрессией отсутствуют четкие клинкопсихопатологические различия. В частности, не существует критериев первого ранга для эндогенной депрессии [8]. Более того, имеются данные об участии так называемых экзогенных (соматогенных) факторов в происхождении неорганических (эндогенных) депрессий. К ним, в частности, относят дефицит витаминов В₆, В₁₂ и фолиевой кислоты [3, 10, 12] и избыток гомоцистеина в плазме крови [3, 4, 12]. Наряду с этим в происхождении большого депрессивного эпизода придают значение и так называемому неспецифическому сосудистому фактору [2].

Все это лишний раз подчеркивает, что четкой границы между органическими и неорганическими депрессиями попросту не существует ни в психопатологических проявлениях, ни в патогенезе. Не говорит ли это о том, что речь идет об одном, а не о двух или нескольких расстройствах?

В свое время А. Марнерос [5, 6] привел подробное описание стадийности развития органической депрессии. При этом выделяется 4 стадии развития органической депрессии:

1. Стадия астенически-ипохондрических расстройств.
2. Стадия «эндогенных» проявлений.
3. Стадия органически-депрессивных расстройств.
4. Стадия чистых органических проявлений.

Первая стадия характеризуется появлением нозо-неспецифической симптоматики, включающей быструю соматическую и психическую истощаемость, ослабление концентрации внимания, снижение работоспособности, раздражительность, чувство недомогания, тревожную самооценку, ипохондрические опасения и вегетативные симптомы.

Вторая стадия, по существу, является копией неорганической (эндогенной) депрессии. Она включает витальную тоску, первичное чувство вины, идеи обнищания, чувство неполноценности, психомоторную заторможенность, суточные колебания аффекта, нарушения сна. Наряду с этим наблюда-

ется потеря влечений, интересов, аппетита, смысла жизни и суицидальные тенденции.

Однако, уже на этапе 3-й фазы на первый план выступают нарушения мнестической функции преимущественно на новые события, лабильность и недержание аффектов, раздражительность, снижение критики, трудности с концентрацией внимания, неврологическая симптоматика вплоть до эпилептических припадков и высокая вероятность развития делирия.

Собственно органическая симптоматика достигает своего максимума на 4-й стадии, когда исчезают признаки «эндогенной» стадии и остается исключительно органическая неврологическая симптоматика. Иначе говоря, органическая симптоматика полностью стирает проявления депрессии *per se*.

Исходя из сказанного, возникает вопрос, не является ли так называемая стадия «эндогенных» прояв-

лений органической депрессии собственно самой эндогенной депрессией, которая в последующем стирается текущим органическим процессом? Понятно, что полноценного ответа на данный вопрос дать не представляется возможным, но подобная закономерность может быть вполне реальной.

Уровень наших знаний и понятийный аппарат психиатрии на данном этапе развития не позволяет полностью решить все наболевшие вопросы и частный вопрос о самостоятельности органических психических расстройств остается пока без убедительного решения. Тем не менее, отсутствие убедительных и четких критериев для органических психических расстройств, которые могли бы противопоставлять их неорганическим «эндогенным» расстройствам, позволяет говорить о несовершенстве МКБ-10.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie, 11 Aufl. neubear. von M. Bleuler, Springer, Berlin, 1969, S. 99–104.
2. Camus V. Evaluation de la depression chez le sujet age // Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement. 2004. Vol. 2. P. 13–17.
3. Fava M., Borus J.S., Alpert J.E. et al. Folate, vitamin B12, and homocysteine in major depressive disorder // Am. J. Psychiatry. 1997. Vol. 154. P. 426–428.
4. Fraguas R., Papakostas G., Mischoulon D. et al. Anger Attacks in Major Depressive Disorder and Serum Level of Homocysteine // Biol. Psychiatry. 2006. Vol. 60, N 3. P. 270–274.
5. Marneros A. Hirnorganische Melancholie // Psychiatr. Clin. 1982. Vol. 15. P. 212–230.
6. Marneros A. Organische Bedingte Bipolare und Depressive Erkrankungen // Das Neue Handbuch der Bipolaren und Depressiven Erkrankungen. Thieme, Stuttgart, 2004. S. 593–604.
7. Scharfetter Ch. Allgemeine Psychopathologie // Eine Einführung, Thieme, Stuttgart, 2002. 363 s.
8. Schneider K. Klinische Psychopathologie. Thieme, Stuttgart, 1992. 117 s.
9. Tolmunen T., Hintikka J., Ruusunen A. et al. Dietary folate and the risk of depression in Finnish middle-aged men. A prospective follow-up study // Psychother. Psychosom. 2004. Vol. 73, N 6. P. 334–339.
10. Tolmunen T., Hintikka J., Voutilainen S. et al. Association between depressive symptoms and serum concentration of homocysteine in men: a population study // Am. J. Clin. Nutrition. 2004. Vol. 80. P. 1574–1578.
11. Wetterling T. Organische psychische Störungen. Hirnorganische Psychosyndrome. Steinkopff, Darmstadt, 2002. 573 s.
12. Wolfesdorf M., König F. Serum folic acid and vitamin B12 in depressed inpatients // Psychiatr. Prax. 1995. Vol. 22. P. 162–164.

ОРГАНИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В МКБ-10: НЕСОВЕРШЕНСТВО КРИТЕРИЕВ ДИАГНОСТИКИ ИЛИ ПСЕВДОДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КАТЕГОРИИ

В.В. Калинин

В статье обзорного характера затрагиваются вопросы несовершенства диагностических критериев органических психических расстройств на примере органического аффективного расстройства в МКБ-10. Подчеркивается, что приводимые в МКБ-10 критерии диагностики несут самый общий характер и не позволяют на феноменологическом уровне без учета анамнеза отграничить органические психические расстройства от сходных в психопатологическом отношении категорий неорганической (эндогенной) природы.

Приведены литературные данные, показывающие, что некоторые так называемые экзогенные и соматогенные факторы имеют значе-

ние для патогенеза так называемого большого депрессивного эпизода, что говорит об общности патогенеза органических и неорганических аффективных расстройств.

Исходя из литературных данных, предполагается, что так называемая стадия «эндогенных» проявлений органической депрессии является собственно самой эндогенной депрессией, которая в последующем стирается текущим органическим процессом.

Ключевые слова: органические психические расстройства, МКБ-10, психоорганический синдром, органическое аффективное расстройство, неорганическая (рекуррентная) депрессия.

ORGANIC MENTAL DISORDERS IN THE ICD-10: INSUFFICIENT DIAGNOSTIC CRITERIA OR PSEUDODIAGNOSTIC CATEGORIES

V.V. Kalinin

This review article approaches the issue of insufficient diagnostic criteria for organic mental disorders using as an example 'organic affective disorder' in the ICD-10. The author emphasizes that the ICD-10 diagnostic criteria appear to be very general and do not allow to distinguish on phenomenological level, without personal history data, organic mental disorders from similar ones in terms of psychopathology belonging to categories of non-organic (endogenous) origin.

The article provides literary data that show that some of the so

called exogenous and somatogenic factors can play an important role in pathogenesis of the so called major depressive episode, thus pointing to overlaps in pathogenesis of organic and non-organic affective disorders.

On the basis of literary data, the author suggests that the so called 'endogenous' stage of organic depression happens to be the endogenous depression itself and this picture erodes with time due to current organic process.

Key words: organic mental disorders, ICD-10, psychoorganic syndrome, organic affective disorder, non-organic (recurrent) depression

Калинин Владимир Вениаминович – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела экзогенно-органических расстройств и эпилепсии ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: doct.kalinin@mail.ru