

Дискуссионные положения DSM-V и новые формы организации психиатрической помощи больным с эндогенными психическими расстройствами

Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г.
ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический
институт им. В. М. Бехтерева»

Резюме. Диагностика шизофрении на ранних этапах развития заболевания представляет значительные трудности, в связи с чем авторы статьи высказывают свой взгляд на рубрику «Синдром ослабленного психоза» (Attenuated Psychosis Syndrome), включенную в DSM-V, которая остается наиболее дискуссионной, и предлагают уделить большее внимание продромальным проявлениям шизофрении, рассматриваемых в ряде научных публикациях в рамках синдрома риска психоза.

Однако существующая фрагментация в деятельности медицинских учреждений в оказании психиатрической помощи затрудняет своевременное проведение необходимых диагностических и терапевтических мероприятий на ранних этапах психических расстройств, что делает целесообразным создание новых форм психиатрической помощи. Одной из них мог бы стать комплекс «круглосуточный стационар (с открытыми дверями) — дневной стационар», который, в свою очередь, может существовать в рамках модели Центра психического здоровья, функционирующего в структуре СПбНИПНИ им. В.М.Бехтерева, куда бы могли обращаться пациенты еще на этапе предболезни, наблюдаясь в дальнейшем, в случае необходимости, и на других этапах развития психического расстройства.

Именно такая форма организации психиатрического учреждения будет способствовать уточнению критериев стадийности расстройств шизофренического спектра, включая и рубрику DSM-V «Синдром ослабленного психоза (Attenuated Psychosis Syndrome)», поскольку позволяет организовать курацию больного одним врачом на различных этапах заболевания, что позволяет избежать различной оценки состояния при наблюдении пациента врачами разных психиатрических учреждений.

Ключевые слова: комплекс «круглосуточный стационар (с открытыми дверями) — дневной стационар», аттенуированные психотические состояния (синдром ослабленного психоза), продромальные проявления шизофрении, синдрома риска психоза.

Debatable positions of DSM-V and new forms of the organization of the psychiatric help for patients with endogenic mental disorders

Kotsiubinsky A.P., Butoma B. G.
The Saint-Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute

Summary. Diagnostics of schizophrenia at early stages represents significant difficulties. In this connection authors of the article express their opinion about diagnostic section «Attenuated Psychosis Syndrome» including in DSM V, which is remaining to be most debatable and suggest to pay greater attention prodromal symptoms of schizophrenia which in a number of scientific publications are considered within the limits of a psychosis risk syndrome

However the existing fragmentation in activity of medical institutions in rendering the psychiatric help complicates duly carrying out of necessary diagnostic and therapeutic actions at early phase of mental disorders that demands a creation of new forms of the psychiatric help. One of them could become a complex «a round-the-clock hospital (with the open doors) — a day time hospital» which, in turn, can exist within the limits of the Mental Health Center functioning in structure of V. M. Bekhterev Psychoneurological Institute, where patients at a stage of preillness could address, being observed in the further, in case of need, and at the other stages of mental disorders.

Such form of the organization of psychiatric unit will promote specification of criteria for different stage of schizophrenia spectrum disorders including Attenuated Psychosis Syndrome of DSM-V as allows to organize patient's treatment process by one doctor at various stages of disease, that allows to avoid a various estimation of a condition at supervision of the patient by doctors of different psychiatric units.

Key words: a complex «a round-the-clock hospital (with the open doors) — a day time hospital, attenuated psychotic states, prodromal symptoms of schizophrenia, psychosis-risk syndrome.

В рамках предстоящего введения в клиническую практику DSM-V одним из наиболее дискуссионных является вопрос о так называемых **аттенуированных психотических состояниях (Attenuated Psychotic States)** [11]. Если ди-

агностика острого психоза у специалистов, как правило, не вызывает трудностей, то диагностика шизофрении на ранних этапах представляет значительные трудности [9]. Трудности диагностики на начальных этапах связано с тем, что нача-

ло шизофренического психоза не совпадает с первой госпитализацией и даже с появлением первых симптомов, которым предшествует продромальный период, на что указывал ещё В. А. Гиляровский [2]. Принято считать, что одно из первых описаний продрома шизофрении было дано W. Maer-Gross [16]. С уверенностью о продроме можно судить только ретроспективно после появления полной клинической картины заболевания.

В проспективных исследованиях, когда не ясно, действительно ли у человека с некоторыми психопатологическими особенностями в последующем разовьётся психоз, используются термины «синдром риска первого психоза», «состояние риска развития психоза», что в англоязычной литературе обозначается терминами «At-risk Mental State (ARMS)», «Ultra-risk Mental State (URMS)», «Clinical High Risk State (CHRS)». Клинические проявления стадийной модели шизофрении по P. D. McGorry et al. [18] подробно описаны в статье О. А. Скугаревского и М. М. Скугаревской [8]. Однако известно, что состояния риска развития психоза могут в дальнейшем трансформироваться не только в шизофрению, но также и в другие психозы (аффективные, ассоциированные с применением психоактивных веществ) [8], что предполагает дальнейшее изучение этого вопроса.

В рамках рассматриваемой темы следует уделить большее внимание продромальным проявлениям шизофрении, которые, как это показано в обзорной публикации Н.А.Мазаевой [6], рассматриваются в рамках синдрома риска психоза [17]. Не случайно Немецкое общество по исследованию шизофрении (German Research Network on Schizophrenia) детально рассматривает этот вопрос в предложенной им **постадийной модели клинического риска шизофрении**, в рамках которой смена клинических стадий предполагает синдромальную последовательность развития ПЭП (первого эпизода психоза) [15, 32]:

1. Неспецифические продромальные симптомы, которые невозможно отграничить от нарушений настроения, социального взаимодействия, активности и концентрации внимания в рамках аффективных расстройств [14].

2. Предиктивные базисные симптомы, впервые операционализированные в шкале BSABS (Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms — Боннской шкале базисных симптомов) и представляющие собой особые совокупности когнитивно-перцептивных феноменов, отражающие текущий статус больного и в настоящее время широко используемые в международных исследованиях для раннего распознавания симптомов шизофрении [20; 28; 29; 33]. Позднее путем дименсионального анализа были разработаны более короткие версии этой шкалы для взрослых и детей (Schizophrenia Proneness Instrument, Adult version — SPI-A и Child and Youth version — SPI-CY) [31], что сделало возможным определение выраженности базисных симптомов (на основании наибольшей частоты их возникновения в последние 3 мес.). Инструмент по оценке предрасполо-

женности к шизофрении (SPI-A) имеется и в русскоязычной версии [3].

Использование этих шкал в ретроспективном ABC-исследовании (Age-Beginning-Course) [13] и проспективном GER- исследовании раннего распознавания шизофрении с катamnестическим периодом около 10 лет [14] позволило выделить два, частично перекрывающихся, критерия риска развития психотических форм шизофрении [15,30]:

А) Критерий COPER (Cognitive-Perceptive Basis Symptoms), состоящий из 10 пунктов: перекрывание мыслей, персеверация мыслей, скачка мыслей, шперрунги (остановка /обрывы мыслей), снижение способности различать мысли и ощущения, фантазии и настоящие воспоминания, нестойкие идеи отношения, дереализация, нарушения зрительного восприятия (кроме гиперчувствительности к свету и нечеткого зрения), нарушение восприятия звуков (кроме гиперчувствительности к звукам/шумам).

Б) Критерий COGDIS (Cognitive Disturbances), состоящий из 9 пунктов: неспособность распределять внимание, перекрывание мыслей, скачка мыслей, шперрунги (остановки мыслей), нарушение рецептивной речи, нестойкие идеи отношения, нарушение абстрактного мышления, отвлечение внимание на детали, попадающие в поле зрения.

Наряду с этим, как отмечает А.Б.Смулевич [10], в качестве одного из ранних продромальных проявлений шизофрении могут выступать формирующиеся патохарактерологические расстройства.

Для определения прогностически значимых непсихотических (инициальных) психопатологических проявлений разработаны симптоматические шкалы CAARMS [35], SIPS, SOPS, COPS [17,19].

3. Критерии очень высокого риска (Ultra-High Risk Criteria) психотической шизофрении представляют собой сочетание невыраженных позитивных симптомов (бред, галлюцинации, формальные расстройства мышления), нескольких предиктивных базисных симптомов и краткие ограниченные неустойчивые психотические (переходные) симптомы, которые всегда включают генетический риск и соотносятся с функциональными отклонениями (снижение общего балла по шкале GAF минимум на 30 пунктов в течение минимум 1 месяца) [26]. При этом в качестве наиболее прогностически валидных выступает сочетание невыраженных позитивных расстройств с аномалиями субъективного восприятия (в особенности — с растерянностью/замешательством и расстройством самосознания «Я»).

Подтверждением «промежуточного» положения такого рода расстройств «субъективного восприятия» являются результаты Копенгагского 5-летнего катamnестического исследования 155 пациентов моложе 40 лет, в процессе которого в качестве одной из предполагаемых основных прогностических характеристик инициального периода изучались нарушения самовосприятия (Self-Disturbances — SD) [22; 23].

Аномалии SD (субъективного восприятия) на основании дименсионального подхода были сгруппированы в 3 кластера:

1) растерянность/замешательство (чувство отсутствия «включенности» в окружающий мир, отсутствие спонтанности «ухватывания/улавливания» здравого смысла, замешательство, отчуждение, то есть — преимущественно когнитивные расстройства);

2) расстройства самосознания «я» (аномалии пререфлексивного самосознания, осознания себя в качестве субъекта восприятия, то есть — преимущественно деперсонализационные расстройства);

3) сенсорные расстройства (различные непсихотические перцептивные aberrации, в основном визуально-акустические).

При катamnестическом обследовании через 5 лет логистический регрессивный анализ выявил, что предикторами последующей трансформации непсихотических расстройств в расстройства психотической шизофрении являются большое количество баллов по шкалам растерянность / замешательство и расстройство самосознания «Я». Пол, возраст и количество баллов по PANSS не являлись предикторами трансформации инициальной психопатологической симптоматики в шизофренические расстройства.

Полученные результаты согласуются с данными других количественных [14; 24; 27] и качественно-количественных исследований [20; 21; 25; 34].

Как представляется, речь при «критериях высокого риска» идет уже не о преморбидных, а постпреморбидных проявлениях заболевания, то есть о психопатологических феноменах в рамках развившегося шизотипического расстройства (малопрогредиентной шизофрении) или непсихотического этапа психотической шизофрении, точная дифференциация чего становится ясным при последующей динамике состояния этих индивидуумов. Иными словами, речь идет уже не о «высоком риске развития заболевания», а непосредственно о морбидных проявлениях развившегося психического расстройства.

4. «Цветущая» (full-blown) фаза развития симптоматики шизофренического спектра, характеризующая превалированием психотических симптомов.

Как отмечалось выше, в пятую версию диагностической статистической классификации психических и поведенческих расстройств (DSM-V), принятую в мае 2013 г., в раздел 3

(«Требует дальнейшего изучения») включен новый диагноз — «Синдром ослабленного психоза» (Attenuated Psychosis Syndrome). «Синдром ослабленного психоза» представляет собой состояние высокого клинического риска развития психоза и характеризуется наличием «ослабленных» по своей выраженности психотических симптомов. Следует отметить, что разработанные критерии этого синдрома фактически включают в себя проявления затяжного продрома психического расстройства и психопатологической симптоматики непсихотического этапа психотической шизофрении) и основаны на проспективных наблюдениях большой когорты подростков и молодых людей, у которых за несколько лет до психотической манифестации заболевания наблюдались различные субпсихотические симптомы и проблемы с адаптацией в школе или дома [12; 28].

В связи с отмеченной выше стадийностью развития расстройств шизофренического спектра «представляется актуальным продолжать исследования в направлении установления ... индивидуализации оценки риска путем стратификации, выделения и включения субпсихотических состояний в диагностические системы» [7].

Однако, фрагментация в деятельности медицинских учреждений на разных этапах оказания психиатрической помощи [5] затрудняет проведение необходимых диагностических и терапевтических мероприятий в рамках рассматриваемой нозологии, что требует создания новых форм психиатрической помощи. Одной из них мог бы стать комплекс «круглосуточный стационар (с открытыми дверями) — дневной стационар» [4], который, в свою очередь, может существовать в рамках Центра психического здоровья, функционирующего в структуре СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, куда бы могли обращаться пациенты еще на этапе предболезни [1; 8], наблюдаясь в дальнейшем, в случае необходимости, и на других этапах развития психического расстройства.

На наш взгляд, именно такая форма организации психиатрического учреждения будет способствовать уточнению критериев стадийности расстройств шизофренического спектра [7], включая и рубрику DSM- V «Синдром ослабленного психоза (Attenuated Psychosis Syndrome)», поскольку позволяет организовать курацию больного одним врачом на различных этапах заболевания, что позволяет избежать различной оценки состояния при наблюдении пациента врачами разных психиатрических учреждений.

Литература

1. Аутохтонные непсихотические расстройства / под ред. А. П. Коцюбинского. — СПб. — СпецЛит. — 2015. — 495 с.
2. Гиляровский В. А. Психиатрия / Руководство для врачей и студентов. — Л.: Биомедгиз. — 1935. — 750 с.
3. Инструмент по оценке предрасположенности к шизофрении (SPI-A). Взрослая версия (SPI-A) / Ф. Шульце-Лютер и др.: пер. М. Скугаревская, А. Элисон // ISBN E-book: 9788895930572.
4. Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г. Стационарное отделение (с открытыми дверями) и дневной стационар как новая организационная форма в современной концепции реабилитации психически больных // Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Выпуск III / Под.

- ред. О. В. Лиманкина, С. М. Бабина. — Спб.: Изд-во «Таро». — 2016. — С.132-140.
5. Лиманкин О. В., Спикина А. А., Парфенов Ю. А., Отмахов А. П. Оценка эффективности ведения больных параноидной шизофренией в стационарном и амбулаторном звене // Социальная и клиническая психиатрия. — 2016. — Т.26. — № 1. — С. 32-37.
 6. Мазаева Н. А. Ранние превентивные вмешательства при эндогенных болезнях: реальность и перспективы // Психиатрия и психофармакотерапия. Журн. им. П. Б. Ганнушкина. — 2010. — Т. 12. — Вып. 5. — С. 720-726.
 7. Медведев В. Э. Диагностика латентного течения и первого эпизода шизофрении (обзор зарубежной литературы) // Психиатрия и психофармакотерапия. Журн. им. П. Б. Ганнушкина. — 2012. — Т. 14. — Вып. 6. — С. 65-69.
 8. Семичев С. Б. Предположенные психические расстройства — Л.: Медицина. — 1987. — 1987. — 132.
 9. Скугаревский О. А., Скугаревская М. М. Возможности ранней диагностики и профилактики психозов // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. — 2015. — Т. 11. — №2. — С.10-24.
 10. Смулевич А. Б. Расстройства личности. Траектория в пространстве психической и соматической патологии. — М.: Медицинское информационное агентство. — 2012. — 331 с.
 11. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association. — 2013. — 970 p.
 12. Cannon T. D., Cadenhead K., Cornblatt B. [et al.]. Prediction of psychosis in youth at high clinical risk: a multisite longitudinal study in North America // Arch. Gen. Psychiat. — 2008. — Vol. 65. — N.1. — P. 28-37.
 13. Häfner H., Maurer K., Luffler W. [et al.]. The ABC schizophrenia study: a preliminary overview of the results // Soc. Psychiat. Epid. — 1998 — Vol.33. — N. 8. — P. 380-386.
 14. Klosterkötter J., Hellmich M., Steinmeyer E. M. [et al.]. Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase // Arch. Gen. Psychiat. — 2001. — Vol. 58. — N.2. — P. 158- 164.
 15. Klosterkötter J., Schultze-Lutter F., Bechdolf A., Ruhrmann S. Prediction and prevention of schizophrenia: what has been achieved and where to go next? // World Psychiat. — 2011. — Vol. 10. N. 3 (Oct). — P. 165-174.
 16. Mayer-Gross W. Die Klinik der Schizophrenie. Verlauf und Ausgang // Handbuch der Geisteskrankheiten / Hrsg. O. Bumke — Bd. 9. — Spez. Teil V. Die Schizophrenie. — Berlin: Springer, 1932. — P. 293- 578.
 17. McGlashan T. H., Walsh B., Wood S. The Psychosis-Risk Syndrom: Handbook for Diagnostic and Follow-up. — Oxford University Press, USA. — 2010. — 234 p.
 18. McGorry P. D., Hickie I. B., Yung A. R. [et al.]. Clinical staging of psychotic disorders: A heuristic framework for choosing earlier. Safer and more effective intervention // Aust. N.Z. Journ. Psychiat. — 2006. — Vol. 40. — P.616-622.
 19. Miller T. J., McGlashan T. H., Rosen J. L. [et al.]. Prospective diagnosis of the initial prodrome for schizophrenia based on the structured interview for prodromal syndromes: preliminary evidence of interrater reliability and predictive validity // Amer. Journ. Psychiat. — 2002. — Vol. 159. — N. 5. — P. 863-865.
 20. Moller P., Husby R. The initial prodrome in schizophrenia: searching for naturalistic dimension of experience and behaviour // Schizophr. Bull. — 2000. — Vol. 26. — N. 1. — P. 217. — 232.
 21. Nordentoft M., Thorup A., Petersen L. [et al.]. Transition rates from schizotypal disorder to psychotic disorder for first-contact patients included in the OPUS trial. A randomized clinical trial of integrated treatment and standard // Schizophr. Res. — 2006. — Vol. 83. — N. 1. — P. 29-40.
 22. Pamas J. Genetics and psychopathology of spectrum phenotypes // Acta Psychiat. Scand. — 2000. — Vol. 101. — P. 413-415.23.
 23. Pamas J, Bovet P., Zahavi D. Schizophrenic autism: clinical phenomenology and pathogenetic implications // World Psychiat. — 2002. — Vol. 101. — P.413 -415
 24. Pamas J., Handest P., Saebye D. [et al.]. Anomalies of subjective experience in schizophrenia and psychotic bipolar illness // Acta Psychiat. Scand. — 2003. — Vol. 108. — P. 126-133.
 25. Pamas J., Raballo A., Handest P. [et al.]. Self-experience in the early phases of schizophrenia: 5-year follow-up of the Copenhagen Prodromal Study// World Psychiat. — 2011. — Vol. 10. — N. 3. — P.2040-2044.
 26. Phillips L. J., Yung A. R., McGorry P. D. Identification of young people at risk of psychosis: validation of personal assessment and crisis evaluation clinic intake criteria // Aust. N. Z. Journ. Psychiat. — 2000. — Vol. 34. — Suppl. S. 164-169.
 27. Raballo A., Saebye D., Pamas J. Looking at the schizophrenia spectrum through the prism of self-disorders: an empirical study// Schizophr. Bull. — 2011. — Vol. 37. — N. 2. — P. 344-351.
 28. Ruhrmann S., Schultze-Lutter F., Salokangas R. K. [et al.]. Prediction of psychosis in adolescents and young adults at high risk: results from the prospective prediction study // Arch. Gen. Psychiat. — 2010. — Vol.67. — N. 3. — P.241-251.
 29. Schultze-Lutter F. Subjective symptoms of schizophrenia in research and the clinic. // Schizophr. Bull. — 2009. — Vol. 35. — N. 1. — P. 5- 8.
 30. Schultze-Lutter F., Ruhrmann S., Klosterkötter J. Can schizophrenia be predicted phenomenologically // Evolving psychosis. Different stages, different treatment / Eds. J. O. Johannessen, B. Martindale, J. Cullberg, London: Routledge, 2006. — P. 104-123.
 31. Schultze-Lutter F., Steinmeyer E. M., Ruhrmann S. [et al.]. The dimensional structure of self-reported «prodromal» disturbances in schizophrenia // Clin. Neuropsychiat. — 2008. — Vol. 5. — P.140-150.
 32. Schultze-Lutter F., Ruhrmann S., Bening J. [et al.]. Basic symptoms and ultra high risk criteria:

- symptom development in the initial prodromal state // Schizophr. Bull.* — 2010. — Vol. 36. — N. 1. — P. 182-191.
33. Simon A. E., Dvorsky D. N., Boesch J. [et al.]. *Defining subjects at risk for psychosis: a comparison of two approaches // Schizophr. Res.* — 2006. — Vol. 81. — N. 1. — P. 83-90.
34. Woods S. W., Addington J., Cadenhead K. S. [et al.]. *Validity of the prodromal risk syndrome for first psychosis: findings from the North American Prodrome Longitudinal Study // Schizophr. Bull.* — 2009. — Vol. 35. № 5 — 894-908.
35. Yung A., R., Yuen H. P., McGorry P. D. [et al.]. *Mapping the onset of psychosis: the comprehensive assessment of at-risk mental states // Aust. N. Z. Journ. Psychiat.* — 2005. — Vol. 39. — N. 11-12. — P. 964-971.

Transliteration

1. *Autochthonous nonpsychotic disorders / Ed. A. P. Kotsyubinskiy. — SPb.; SpetsLit, 2015. — 495 p.*
2. Gilyarovskiy V.A. *Psychiatry / Handbook for clinicians and medicine students. — Moscow, Leningrad; Biomedgiz, 1935. — 750 p.*
3. *The tool for estimation the predisposition to schizophrenia (SPI-A). The adult version (SPI-A) / F. Shulttse-Ljuter et al. / transl. by M. Skugerevskaya and A. Elison / ISBN E-book: 9788895930572.*
4. Kotsyubinskiy A.P., Butoma B.G. *Stationary unit (with the open doors) and a day time hospital as the new organizational form in the modern concept of rehabilitation mentally ill patients // Psychotherapia i psychosocialnaya rabota. Vipusk. III / pod. red. O. V. Limankina, S. M. Babina. — SPb.: Isd-vo «Taro», 2016. — S. 132-140*
5. Limankin O.V., Spikina A.A., Parfenov Y.A., Otmakhov A.P. *Evaluation of the management effectiveness of patients with paranoid schizophrenia in inpatient and outpatient setting // Socialnay i klinicheskay psihiatrია. — 2016. — Vol. 26. — № 1. — P. 32-37.*
6. Masaeva N.A. *Early preventive interventions in endogenic illnesses: a reality and prospects // Psychiatria i psychopharmacologia. Zurn.i m. P. B. Gannuschkina 2012. — T.12. — Vip. 5. — S. 720-726.*
7. Medvedev V.E. *Diagnostics of latent current and the first episode of schizophrenia (the review of the foreign literature) // Psychiatria i psychopharmacologia. Zurn.im. P. B. Gannuschkina 2012. — T.14. — Vip. 6. — S.65-66.*
8. Semichev S.B. *Preillness psychiatric disorders. — L.: Meditsina, 1987. — 132s.*
9. Skugarevsky O.A., Skugerevskaya M.M. *Possibility of early detection and prevention of psychosis // Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii — 2015. — T. l. 11. — №. 2. — S. 10-25.*
10. Smulevich A.B. *Personality disorders. A trajectory in space of a mental and somatic pathology. — M: Medical news agency, 2012. — 331s.*

Сведения об авторах

Коцюбинский Александр Петрович — доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева». E-mail: ak369@mail.ru

Бутома Борис Георгиевич — доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева». E-mail: butbor08@gmail.com