

Chapter 3. Classification of mental disorders

Saxby Pridmore, MD

Translation to Bulgarian: Petar Marinov, MD, PhD

Глава 3. Класификация на психичните разстройства

Saxby Pridmore, MD

Превод: Петър Маринов, дм

Тази глава дава "птичи поглед" върху психичните разстройства, въвеждайки система за класификация. Целта на класификацията е да постави видимо сходни нозологични единици в категории за да опрости големи количества от сложна информация и да подобри комуникацията.

В глава I се разглеждат двете големи класификации на психичните разстройства - МКБ и ДСН. Те листват психичните разстройства в големи групи (22 в ДСН-5 и 9 в МКБ-10).

ДСН-5 се апробира през май 2013 г. и тази глава ще се обнови, но информацията е нова и все още недостатъчно позната.

Установените системи са описателни, каквата е била вътрешната медицина през 19-ти век. Francis (2009) казва, че "мъдро е за всички нас да приемем описателната психиатрия като старо уморено създание". Въбдеще се надяваме да поставяме диагнозата с помощта на обективни средства като генетика и невроизобразяване.

Други подчертават важноста на етиологията в поставяне на диагнозата. Например, McNugh (2005) описва етиологична диагностична система в четири групи: 1. "Мозъчна болест", при която има прекъсване на невронни кръгове (напр. шизофрения и меланхолна депресия); 2. "Ранимост, поради психологични особености" (напр. сензитивни личности и личностови разстройства); 3. Приемане на поведение, което е "относително фиксирано и изкривява начина на живот" (напр. анорексия нервоза и алкохолизъм); 4. "Състояния, провокирани от събития, които напрягат или застрашават" (ситуационна тревожност и посттравматично стресово разстройство).

Въпреки ограниченията на ДСН-5 и МКБ-10 това са системите, които използваме днес. Те имат приемлива надеждност, но не могат да управляват лечението.

В тази глава ние представяме една опростена класификационна система. Психичните разстройства се разграничават в следните рубрики: "психотични", "афективни", "непсихотични", "личностови" и "органични" психични разстройства. Близка до класификацията е и групата на "прием на психоактивни вещества". Има дебат относно това дали последните са социални, поведенчески или психични разстройства. Сега те са включени в двете големи

класификации. Обаче, в много правни рамки, службите, които се ангажират с тях са отделни, а лечебните екипи са специализирани.

Психотични разстройства
Шизофрения
Налудно разстройство
Афективни разстройства
Биполарно разстройство (манийни и депресивни фази)
Циклотимно разстройство
Голямо депресивно разстройство
Персистиращо депресивно разстройство
Непсихотични разстройства
Тревожни разстройства
Генерализирано тревожно разстройство
Паническо разстройство
Фобийни разстройства
Обсесивно-компулсивно разстройство
Разстройства, свързани с травма и стресори
Хранителни разстройства
Разстройства със соматични симптоми
Личностови разстройства
Странни и ексцентрични
Тревожни и плашливи
Драматични и емоционални
Невродегенеративни разстройства
Делир
Голямо неврокогнитивно разстройство (Деменция)
Леко неврокогнитивно разстройство
Разстройства с прием и зависимост от ПАВ
Интоксикация и психоза
Абстиненция
Хазартно разстройство

Таблица. Опростена класификационна система

Днешните класификационни системи са проблемни, тъй като се основават главно на клинични впечатления. Ако се използват тестове, те изключват заболявания, които не са психични разстройства, напр. мозъчния скенер изключва мозъчен тумор. Главните данни, които има психиатърът са външния вид и поведението на пациентите и думите, които използват за да опишат мислите си, чувствата си и другите си преживявания. Другите данни идват от физикалния преглед, чрез който се установяват различни телесни заболявания, които могат първо да се проявят с психични симптоми, като хорейта на Huntington и множествената склероза, както и от психологични тестове на паметта и вниманието, които подпомагат диагностиката на неврокогнитивните разстройства.

Лудост

Лудост е една от любимите думи на Шекспир. Английските речници дават три значения на тази дума. Всички те са в употреба и това може да доведе до редица недоразумения. Едното значение е безсмислена лекомисленост - напр. когато двама млади, несъвместими индивиди имат бурна любовна връзка. Този несъответен ентузиазъм се отразява в заглавие от вестник "В САЩ са луди по Хари Потър".

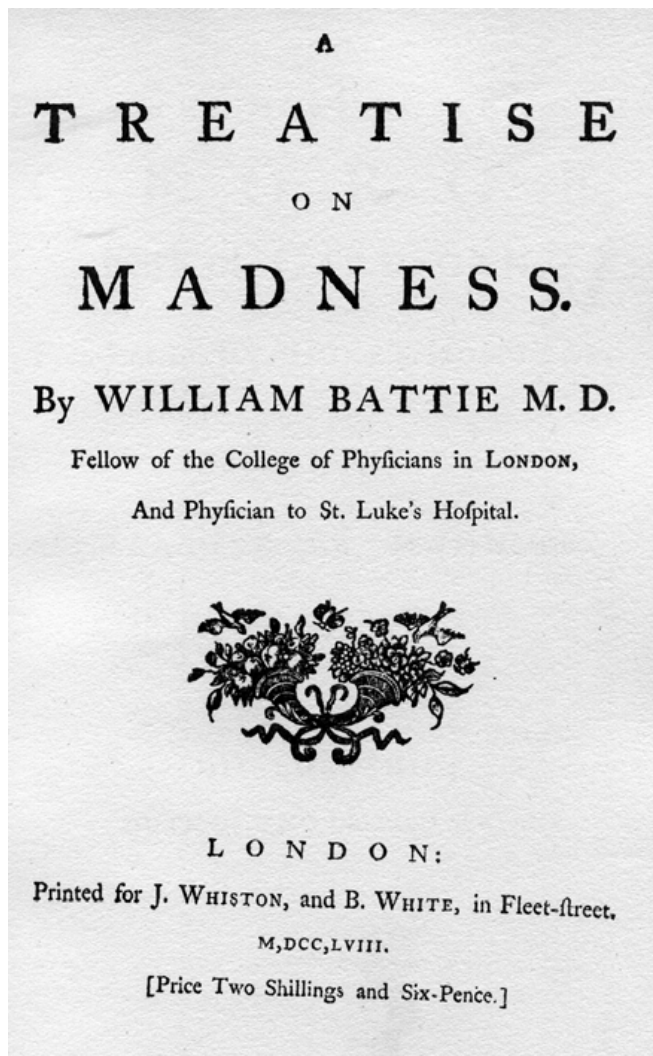
Другото значение се свързва с гняв, като например, бащата на въпросното влюбено дете след като узнае за връзката блокира кредитната му карта, пренаписва завещанието си и др. Една популярна лепенка гласи следното: "Цигарените компании - истината ще ви направи луди". Едно ново заглавие от вестник използва думата за да опише известно убийство-самоубийство, което се свързва с изблик на гняв.



Илюстрация. Заглавието във вестник етикетираха Коронования принц на Непал Дипендра "Лудият коронован принц". Тук той държи автомата, с който е убил майка си, баща си и седем други роднини от кралското семейство. Той искал да се ожени за момиче, което неговите родители не одобрявали. Попада в пространството между две култури и се пристрастява към алкохола и ПАВ. Преди това е имал депресия и е приемал антидепресанти. Той е наречен луд,

което може да отразява различни значения на думата. Неговите убийства, последвани от самоубийство са безсмислени и неразбираеми, като са включвали огромен гняв и вероятно е бил луд (психотичен) поради ефекта на ПАВ. Въпреки, че има някои данни, че принцът е имал депресия в миналото, няма доказателства, че е имал депресия по време на убийствата или да е страдал от психотично разстройство.

Третото значение се свързва с психично разстройство. Обаче в тази област лудостта никога не е била дефинирана. Тя се появява в медицински книги преди около столетие. Тя се използва взаимозаменяемо в думи като налудност, делир и мания. Тези думи днес имат конкретно определено значение. Така, лудостта няма точно значение нито в медицинския, нито в общия английски език.



Илюстрация: Титулна страница на медицинския "трактат за лудостта", публикувана през 1758 г.

За медицинските професионалисти "луд" се използва като сленг (необичаен, странен).

Психотични разстройства

Терминът психотични описва специфични симптоми, разстройства и индивиди. Той има множество нюанси.

Психотичните симптоми показват "липса на връзка с реалността", като например когато някой вярва в нещо, което няма основания в реалността (налудности) или чува гласове без някой да е говорил (халюцинации).

Обаче, такива симптоми могат да се появят и при здрави хора. Например, някои хора чуват името си при заспиване. Това се нарича хипнагогна халюцинация. По дефиниция тези хора халюцинират, но при отсъствие на други симптоми не може да се приеме, че те са психотични.



Илюстрация. Това е написано от млад християнин ("сатаната управляра или убива ангелите небесни, защото той е ревнив, но красив"), който развива шизофрения и започва да вярва, че сатаната е взел властта на небето. Той не е решил да си смени религията и не е станал слуга на дявола, но е притеснен от новите си убеждения. При наличната анамнеза на този пациент и неговата културална група това убеждение (че сатаната е взел властта на небето) е налудност.

Има също подсказване на изплъзване на мисълта. Този младеж мрази сатаната и не е вероятно да използва думи "но красив" за него/нея. Вероятно той мисли за небето, и мислейки за свойства на Бога и остава в тази линия, когато пише за сатаната.

Dr Pridmore

The voices are real bad &
it's worse than being tortured
& I wish I was dead. I can't
control them. Would you give me
another chance to give up
make-believing and having sex
with the visions I can feel
in my pillows. Could you have a
talk to Dr Self & fill him in.

They took me off my medication
even Cogentin altogether. I
feel lousy & helpless, weak and
lazy. Do I need shock treatment
if so could you tell Dr Self and
could you tell Dr Self everything
I told you

Илюстрация. Това писмо е написано от болен с шизофрения. Той някога е бил пациент на автора, но не го е посещавал повече от година. През това време той е бил хоспитализиран и лекуван от Dr Jeff Self. Пациентът пише, че неговите халюцинации (гласове) са се по-лоши от това да е мъртъв или измъчван. От няколко години той има зрителни халюцинации на привлекателни жени. Той пише, че е правел секс във виденията си и може да го чувства в своята "възглавница". Много трудно е да се класифицира информацията, че той прави секс в своите видения. Тъй като не е възможно да правиш секс във виденията си, това може да се приеме за нелудност. Но дали този човек не е имал зрителни халюцинации на себе си да прави секс с привлекателна жена, която по рано е видял във виденията си. Детайлите за твърдо заключение са недостатъчни. Този пациент има затруднения в логичното мислене и не е способен да обясни по-добре нещата, дори при целенасочени въпроси.

Психотичните разстройства включват психотични симптоми плюс значително нарушение на годността за функциониране във всекидневието. Възможно е да има психично разстройство с психотичен симптом, но без намалена годност за всекидневно функциониране. Така, възможно е да има психотичен симптом без да има напълно разгърнато психотично разстройство.

Например, нека разгледаме човек, който страда от остро психотично разстройство, който с лечение се връща на работа и нормален живот, но все още чува гласове няколко пъти дневно. Той може да има пълно осъзнаване, което означава, че този глас е халюцинация и признава, че има нужда от лечение. Такъв човек изпитва психотични симптоми от време на време, но цялостно психотичното разстройство е в ремисия и може да се каже, че той не е психотичен.

Друг случай е анорексия нервоза, при която пациентите нарочно ограничават приема на храна и правят прекомерни физически тренировки с мисълта, че са дебели, което достига застрашителни измерения, но въпреки това убеждението, че е дебела остава твърдо. По строги критерии пациентите изпитват нещо твърде сходно с налудност. Освен това, когато се гледат в огледалото пациентите се "виждат" като дебели, което говори за грешна перцепция. Това състояние често е инвалидизиращо (въпреки че някои хора с анорексия могат да изпълняват възнаграждаваща работа и да поддържат стабилни отношения с други хора).

Въпреки видимите "налудности" и грешки в перцепцията, и известното редуциране на способността за социален и професионален живот, има разбирателството, че анорексията не е психотично разстройство, и пациентите с това заболяване не се описват като психотични. (Въпреки, че някои експерти приемат такова определение като сполучливо).

Поради известното объркване, нека накратко разгледаме най-честите психози или психотични разстройства. Това са шизофренията и налудните разстройства.

Шизофренията е архетипова психоза. Симптомите на това разстройство включват халюцинации, налудности, намалена годност да се разсъждава логично (изплъзване на мисълта), поведенчески признаци като заемане на странни пози, загуба на способност да се преживяват емоции и спонтанност, социално отдръпване и занемаряване. През острите епизоди халюцинациите, налудностите и изплъзването на мисълта са най-силно изразените симптоми. С лечение или при спонтанна ремисия тези симптоми намаляват или отзвучават и загубата на спонтанност, социалното отдръпване и занемаряването са по-забележими.

За разлика от това налудното разстройство се проявява само с (една или повече) налудности. Обичайно налудността е от параноиден тип и пациентът вярва, че той или тя е наблюдаван или е застрашен от шпиони, организирани престъпници и др. Пациентът ходи на работа и изглежда нормален в очите на другите. Поради факта, че има само един симптом пациентът може да функционира задоволително извън дома. Обаче, в повечето случаи, животът е силно увреден от разстройството. Подозрителността или откровените налудности водят до конфликти в работата и пациентът в края на краищата стига до някаква форма на пенсиониране. Социалният живот също е силно разстроен, пациентът се скрива в жилище с добре укрепени врати, много ключалки в състояние на постоянно напрегнато очакване.

Афективни разстройства

Оксфордския речник (Oxford English Dictionary) определя настроението като "1, специфично душевно състояние или чувство, и 2, преобладаващо чувство, дух или тонус". Така, чувствата са в центъра на психиката и те могат да включват страх, ревност или любов. Обаче, от клинична гледна точка, разстройствата на настроението са персистиращи състояния, при които изразени чувства са тези на тъга или приповдигнатост.

Биполярното разстройство (в миналото наречено маниодепресивна психоза) е най-драматичната форма - характеризира се с повишено настроение (манийно, б.пр. хипертимия) или намалено (депресивно, б.пр. дистимия) настроение в отделните фази. Тези фази могат да продължат месеци или дори да хронифицират. При определени пациенти фазите могат да са предимно в едно от двете направления, а в други случаи фазите могат да бъдат поравно в двете направления.

Във фазата с повишено настроение пациентът често е свръхуверен, мегаломанен, раздразнителен и дезинхибиран, с ускорено мислене, намалена нужда от сън и голямо количество енергия. Могат да се появят налудности за изключителна значимост или способности, когато терминът "психотичен епизод" е подходящ.

В депресивните фази настроението и енергията са ниски, мисленето е забавено, и способността за концентрация е намалена.

Сънят е нарушен, пациентът често се буди в ранните часове и не може да заспи отново. Интересът към храна, секс или друг дейност е загубен, а загубата на телесно тегло е често. В тежките случаи може да се развият налудности (често за вина), когато терминът "психотичен епизод" е уместен.

И двата типа епизоди могат да не достигнат до психоза, което поставя под съмнение определението маниодепресивна психоза.

В манийната фаза пациентът е действен и поради повишеното настроение могат да възникнат проблеми от рисково поведение като неразумни инвестиции, бързо шофиране, немислени сексуални връзки или опасни действия.

В депресивната фаза пациентът може да стане слабоактивен или дистанциран. Обаче, нерядко, пациентът мисли за смъртта, а самоубийството е значително по-често при депресивните пациенти, отколкото в общата популация.

Голямото депресивно разстройство или униполярната депресия са термини, които се използват при поява на тежки епизоди на депресия, при отсъствие на манийни или хипоманийни епизоди.

Има и по-леки афективни разстройства. **Циклотимното разстройство** се проявява както с депресии така и с приповдигнатост, но тежестта им е недостатъчна за да се постави диагноза биполярно разстройство. **Персистиращото депресивно разстройство** е хронично състояние с депресивно настроение (дистимия); то може да се появи при голямо депресивно разстройство, което не е напълно отзвучало, или да е продължително състояние, което никога не достига до удовлетворяване на критериите за голямо депресивно разстройство.

Непсихотични разстройства

Непсихотичните разстройства са, най-общо, наречените от Фройд "**неврози**". Това е смесена група състояния. Симптомите на психотичните разстройства като налудности и халюцинации са непознати за здравите хора. Обаче, симптомите на непсихотичните разстройства са добре познати за всички в известна степен. Те включват тревожност, която е близка до притеснението и страха - в лека форма, която е позната на всеки човек, който се е явявал на изпит или е имал първа любовна среща.

Генерализираното тревожно разстройство се характеризира с продължителна непровокирана тревожност. **Паническото разстройство** се характеризира с внезапни пристъпи на силна тревожност, при които болният може да има недостиг на въздух, да има силно сърцебиене и страх, че ще колабира или умре. Фобийните разстройства (фобии) се характеризират с епизоди на тревожност, непропорционална на заплахата от дадена ситуация. При агорафобията тревожността се отключва от излизане от дома и може да се влоши в тези случаи. При **специфичните фобии** тревожността се повишава при среща с определени обекти или ситуации (напр. паяци или асансьори), а животът се разстройва от действията по избягване на тези обстоятелства.

Обсесивно компулсивното разстройство (ОКР) е инересно състояние. **Обсесиите** (натрапливи мисли) са повтарящи се безсмислени мисли. Пациентите обикновено приемат, че това са техни собствени мисли, но не са способни да ги спрат. Например, пациентът може да има ирационални и нежелани мисли, че ръцете му са замърсени и заразени с бактерии или пък да е обсебен от мисълта, че е "убил Бог". Пациентът е притеснен от загубата на контрол и "глупостта" на такава мисъл. **Компулсиите** (натрапливи действия) са повтарящи се действия или потици, които ангажират пациента. Понякога компулсиите са следствие от обсесиите, като при мисъл, че ръцете са мръсни се прибягва към миене на ръцете. Но, компулсията може да бъде и, че ръцете трябва да се измият 10 пъти (ритуал, б. пр.), когато еднократно измиване е достатъчно. В други случаи компулсиите могат да нямат връзка с обсесиите, например, когато пациентът се чувства тревожен и притеснен докато не направи нещо "правилно"; това може да е определен брой включване и изключване на лампата нощем преди лягане.

Разстройствата, свързани с травма и стресори включват **посттравматичното стресово разстройство (ПТСР)**, което следва излагане на травмено събитие, особено продължителни травмени събития като участие във война, но в някои случаи кратък тежък стрес като изнасилване.

Хранителните разстройства са сложна група състояния, сред които най-познати са анорексия нервоза и булимия нервоза. При **анорексия нервоза** има целенасочено отслабване на тегло чрез ограничения в диетата, прекомерни физически упражнения и в някои случаи прием на лаксативи и предизвикано повръщане. Въпреки заплахата за живота има убеждение у пациента, че е дебел, което не може да се разубеди с логични аргументи (скали, огледало, фотографии). При **булимия нервоза** има епизоди на преяждане и компенсаторно поведение за да се предотврати напълняването като лаксативи и повръщане.

Разстройствата със соматични симптоми се представят със соматични симптоми, свързани със значителен дистрес и нарушения. Те включват състояния, при които има физически симптоми, като болка, парализа на крайник или анестезия, както и необоснован страх от заболяване, при отсъствие на медицински аргументи за това. Тези състояния започват в първичната здравна помощ и други медицински служби, отколкото в психиатрични отделения и практики.

Личностови разстройства

Личността се определя като предвидим отговор на индивида към средата (другите хора и света като цяло). Ако добре познаваме хората, знаем какво обичат или мразят, доколко можем да им се доверим в трудно време, дали харчат или пестят пари, накратко познаваме тяхната личност.

Личностовите разстройства притежават характеристики (типични модели за отговор към средата), които водят до значителен дистрес за личността и значителни нарушения в социалното и професионално функциониране на личността. Влошената социална и професионална функция включва и другите хора, на които личността с личностово разстройство причинява дистрес.

Има три групи личностови разстройства: 1. Странни и ексцентрични личности, при които главната черта е отсъствието на близки взаимоотношения; 2. Тревожни и плашливи личности, при които водеща характеристика е съмнението; и 3. Драматични, емоционални и бурни личности, при които най-важни са бурните отношения и внезапния прекомерен гняв.

Неврокогнитивни разстройства

Голямото неврокогнитивно разстройство (Деменция) се характеризира с изразени когнитивни (паметови и интелектуални) симптоми. Също може да има халюцинации, налудности и промени в настроението.

Разстройства с прием и зависимост от ПАВ

Важна черта на тези разстройства е група от когнитивни, поведенчески и физически симптоми, които показват, че индивидът продължава да приема алкохол/ПАВ, въпреки значителните свързани с приема проблеми. Различните ПАВ се свързват с различни симптоми. ДСН5 се фокусира върху проблемите с интоксикацията и абстиненцията, както и при някои ПАВ персистиращото неврокогнитивно разстройство.

Проблемите включват непосредствените ефекти на острата интоксикация (включително психоза) и по-дълготрайните ефекти на зависимост, абстиненция и соматични увреди (включително мозъчни увреди).

Острата интоксикация с алкохол може да доведе до агресия и опасни шофиране. Симптомите на разстроена реалност, вкл. зрителни халюцинации и изкривяване на времето са желани ефекти при прием на халюциногени като LSD. Предизвиканата от ПАВ психоза не е търсен ефект, но е честа при прием на амфетамини. Тя включва налудности и слухови халюцинации и може да продължи дни след като приемът е прекратен.

С времето приемът на ПАВ води до развитие на **толерантност**. Това означава, че тялото се адаптира към ефектите на ПАВ и са необходими по-големи количества за да се постигне

същия ефект. При поява на тази адаптация тялото има нужда от ПАВ за да функционира нормално, а при прекратяване на приема се появяват абстинентни симптоми (изпотяване, треперене, болки в тялото) Състоянията на абстиненция, особено при алкохол, могат да включват дезориентация за време и място, неспособност за концентрация и разбиране както точно се случва наоколо и халюцинации (особено на паяци и други плашещи създания).

Соматичната увреда на тялото и мозъка се дължи на токсичните ефекти на ПАВ и/или влошеното хранене. При прием на алкохол например, токсичните ефекти водят до чернодробна недостатъчност и хранителни смущения (дефицит на витамини от група В), което в крайна сметка завършва с деменция.

Освен това, злоупотребата с ПАВ води до проблеми с настроението и сексуалността, разгражда семейството, води до загуба на работа и доход, както и правни проблеми. Полицията се включва поради прояви на насилие или пътно-транспортни произшествия по време на интоксикация, или при кражби, проституция и продажба на наркотици, тъй като пациентите имат нужда от пари да поддържат вредния си навик.

Категориални и дименционални системи

Сегашните диагностични системи са описанелни и категориални (те поставят състоянията/разстройствата в категории/кутии, които са различни от нормалността). Това е подходящо при шизофрения (халюцинации, налудности и изплъзване на мисълта, които са различни от нормата). Обаче, някои разстройства като генерализираното тревожно разстройство, имат характеристики, които са свързани с нормалността (всички ние имаме тревожност от време на време, а някои имат постоянна тревожност, но тя не достига до нива да се постави диагноза). Така, някои психични разстройства трябва да се градират дименционално, което показва широк спектър от състояния (например, всички ние се разполагаме в дименционалния спектър на тревожността).

Имаме предположение, че ДСН5 ще осигури "хибриден" модел за диагноза на личностовите разстройства, който би включвал както категориални, така и дименционални компоненти (First, 2011). След публикуването на ДСН5 се разбра, че остава предишната категориална система. Обаче, има предложен алтернативен модел за научни изследвания, който предлага крачка напред в тази насока. Предложените измерения (дименсии) включват: **Идентитет, Самонасоченост, Емпатия и Интимност**. Има изказани критики срещу ДСН5 (Frances, 2013).

References

- First M. The problematic DSM-5 personality disorder proposal: options for plan B. *Journal of Clinical Psychiatry* 2011; 72:1341-1343.
- Frances A. *Saving Normal*. New York: HarperCollins, 2013.
- McHugh P. Striving for coherence: psychiatry's efforts over classification. *Journal of the American Medical Association* 2005; 293:2526-2528.